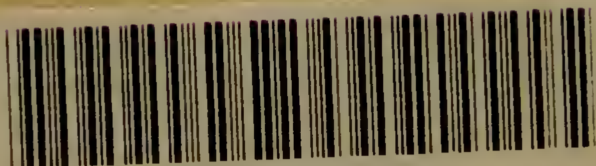



22900312589

GYERMEKGYÓGYÁSZATI

DIAGNOSTIKA

IRTA

DR BAUER LAJOS
egyetemi tanársegéd
a budapesti „Stefánia" gyermekkórházban

Baráth Iván
1910

A SZÖVEG KÖZÉ NYOMOTT SZÁMOS ÁBRÁVAL

BUDAPEST
DOBROWSKY ÉS FRANKE KIADÁSA
1901

Révai és Salamon könyvnyomdája Budapest, VIII., Üllői-út 18. sz.

ELŐSZÓ.

Jelen munka megírásánál azon czél lebegett szemem előtt, hogy az immár szigorlat tárgyát képező gyermekgyógyászatból olyan tankönyvet adjak a tanuló ifjúság kezébe, melyből — miután hazai viszonyainkhoz van alkalmazva — a szigorlatra szükségeseket elsajátíthassák, másrészt kezdő orvosok is gyermekgyógyászati ismereteiket, röviden összefoglalva, rekapitulálhassák.

Kimerítőleg tárgyalni tehát a gyermekgyógyászatot, — nem volt e könyvnek czélja, csupán főbb tüneteiben igyekeztem kidomborítani a gyakoribb és fontosabb gyermekbetegségeket, hogy az olvasó a tárgyaltakról mégis egységes képet kapjon; azon betegségeket pedig, a melyek felnőtteknél is otthonosak, vagy a melyek gyermekeknél csak ritkán fordulnak elő, helyenkint teljesen mellőztem.

Jól tudom, hogy a feladat, a melyre vállalkoztam, nehéz, talán nehezebb, mint a milyennek az első pillanatra látszik; a nehézségek leküzdésére azonban reményt adott mélyen tisztelt főnököm, Bókay János professzor jóakaró búzdítása, másrészt a tapasztalatok bősége, a melyet a »Stefánia« gyermekkórház gazdag anyagán immár körülbelül kilencz év óta volt alkalmam szerezhetni.

Miután kivánatosnak tartottam, hogy a munka, különösen diagnosztikai szempontból, könnyen áttekinthető legyen, a gyermekbetegségeket tünettanilag tárgyalom; és e tekintetben helyenkint Filatow beosztása szerint foglalkozom az egyes szervek bántalmaival. Nagyrészt azonban, attól eltérőleg, a beosztásban és a tünetek csoportosításában oly eljárást követtem, a mint azt a legkönnyebben áttekinthetőnek gondoltam. E czélból egyes fejezetek végén a főbb tüneteket külön táblázatba foglaltam, szembeállítva egymással a tévedésekre okot adható betegségek tüneteit. Hogy ezen táblázatokból mily könynyen tájékozódik a gyermekgyógyászatban még nem egészen jártas orvos, azt cursusaimon is többször tapasztalhattam.

Miként oldottam meg feladatomat? — az objektiv kritika fogja eldönteni. Részemről meg leszek elégedve, ha munkámmal a hazai gyermekgyógyászat fejlődését csak kis mértékben is előmozdítottam.

Budapesten, 1901. október havában.

A szerző.

ÁLTALÁNOS RÉSZ.

BEVEZETŐ.

A gyermekgyógyászati gyakorlatban nélkülözünk egy fontos segédeszközt, mely különben egyik utmutató a diagnosis megállapitásánál: a subjectiv panaszt. Ezért a közvetlen általunk észlelt kórtünetekre vagyunk utalva, a miből önként következik, hogy a gyermekgyakorlatban az összes tüneteknek pontos megfigyelése és birálata, mily kivánatos a kórisme megállapitásánál.

Nagy segitségünkre van ebben, igen sok esetben, az anamnesis. Az anamnesis pontos felvétele olykor majdnem egyenértékü az objectiv észlelt tüneteknek az észlelésével. Sok esetben pedig hiányos anamnesis mellett, a kórtünetek nem helyes mérlegelése esetén, egyenesen helytelen diagnosisra juthatunk. Hogy többet ne említsünk milyen fontos tudnunk, hogy például hogyan kezdődött a nehézlégzés. Lassan, fokozatosan-e, vagy pedig hirtelen, ha különzeti kórismét akarunk tenni laryngitis-crouposa és ál-croup között. Néha, anamnesis nélkül, majdnem lehetetlen a diagnosist megállapítanunk. Elég csak a különböző tüdőmegbetegedésekre utalnunk, hogy belássuk a pontos anamnesisnek a fontosságát. Az esetek többségében a szülők helyesen adják elő az anamnesist; vannak azonban esetek, különösen a szegény praxisban, a midőn

csak hosszas kérdezgetések után jövünk arra, a mit az anya tulajdonképen panaszolkodni akart. Az anamnesis pontos felvétele előtt hozzá se nyuljunk a gyermekhez, a ki az első perczekben ugyis vonakodik tőlünk, hanem használjuk fel a kikérdezés idejét arra, hogy már futó, megfigyelő pillantásainkkal tájékozást szerezzünk az arcz kifejezéséről, légzés minőségéről, alkatról, felső és alsó végtagok tartásáról stb.

A teljes kikérdezés után fogunk csak tulajdonképen a gyermek megvizsgálásához, a mikor is figyelmünket minden legcsekélyebb tünetre ki kell terjesztenünk, — sokszor, látszólag csekély körülmény derít fel valamely lappangó bajt. Viszont egy tünet alapján ne diagnostizáljunk; épen a gyermekgyógyászatban állhatnak így elő kórismézési tévedések, hanem ügyeljünk arra, vajjon az általunk gondolt betegségnek az összes tünetei, vagy legalább a cardinalis tünetei jelen vannak-e?

Az első benyomás, a mit a gyakorlottabb gyermekorvosi szem a betegről nyer, mindenesetre igen fontos s mondhatjuk, hogy az esetek többségében nem is tévedünk az első benyomás alkalmával gondolt kórismében; de azért kétes esetekben ne engedjük magunkat valamely tünet által befolyásoltatni, mert téves eredményre juthatnánk, hanem minden irányban kutatnunk kell és csak az összes észlelt tünetek alapján diagnostizáljunk.

A gyermek megvizsgálása.

Bár nem sokban tér el a felnőtteknél szokásos eljárástól, azért a vizsgálat menetét nem is szándékozunk tárgyalni: csupán néhány megjegyzést óhajtunk erre nézve tenni. Ugy a csecsemőt, mint a kisebbkoru gyermeket

teljesen levetkőztetve, lehetőleg jól világított helyen kell megtekintenünk, így nem kerülhetik el figyelmünket esetleges exanthemák s más, csak a lecsupaszított köztakarón észlelhető jelenségek. Ez okból a vizsgálatot az ablakhoz, vagy egyéb fényforráshoz közel állított asztalon végezzük.

Bár a gyermekeknek sírása például a tüdőknek vizsgálatánál egyáltalában nem zavarja a gyermek-orvost, sőt sokszor még sírásra is késztetjük a gyermeket, hogy mélyebben inspiráljon, mégis egyes szervek, mint például a szív, a légzés minősége stb. vizsgálata alkalmával a gyermeknek a sírása akadályozhat: ezért a vizsgálat alatt mindig óvatosan, nyugodtan, s gyengéden, fájdalom okozása nélkül járjunk el. Ez okból a toroknak a megvizsgálását s az esetleg szükséglendő hőmérőzést mindig utoljára hagyjuk. A torokvizsgálatot azonban sohase mulaszszuk el, még ha a torokmegbetegedésre semmi gyanunk sincs is. A torok megvizsgálása nélkül nem tekinthetjük vizsgálatunkat befejezettnek.

Először is foglalkozzunk a csecsemők csontrendszerével. Hátfekvésben, két kezünkkel gyengéden körülfogjuk a csecsemő koponyáját, ugy, hogy két hüvelykujjunk a homlokra, a többi ujjunk pedig a tarkótájra essék s igy meggyőződünk, vajjon a csontosodás a nyakszirt és falcsontok között tökéletes-e? avagy puha, pergament-tapintatu (craniotabes). Ezután a fontanellákra és különösen a nagy fontanellára forditjuk figyelmünket, vajjon nem süppedt-e be? (a mi atrophiára, előrement gyomor-bélhurutra, erősebb nedvveszteségre mutatna), avagy nem boltosul-e ki erősebben? (a mely tünet az agybeli nyomás fokozódottságát jelezné), avagy nem

mutat-e korai elcsontosodást, avagy talán a rendesnél is hosszabb ideig tátong? (a nagykutacs rendszerint a 14—15-ik élethónapokban teljesen záródni szokott). Ugyancsak meggyőződünk a fogak fejlődéséről, a mellkas alakjáról, a csöves csontok minőségéről stb.

S azután áttérünk a gerincz-oszlop vizsgálatára.

Nagyobb gyermek gerincz-oszlopát többféle eljárással vizsgálhatjuk meg és pedig, ha arról akarunk meggyőződni, vajjon nincs-e a gerincz-oszlop elgörbülve, végighuzzuk a háttal felénk állított gyermeken egy ujjunkat a csigolyák taraján, a visszamaradó piros vonal lefutásából ezt megitélhetjük; vagy pedig felállítjuk a gyermeket nekünk háttal, lelógó karokkal. Elgörbülés esetén azon két egyforma háromszög, a melyet a lelógó karok a mellkas alsó részével és a csípőcsonttal képeznek, megváltozik, nem lesznek többé egyenlők, a mennyiben az elgörbült oldali háromszög megkisebbedik.

A gerincz-oszlop valamely szelvényének a fájdalmasságát vagy enyhe nyomással, ütögetéssel vizsgáljuk, vagy a mi sokkal megbízhatóbb, valamely tárgyat vétetünk fel a gyermekkel a földről: valamely csigolyának a fájdalmassága esetén óvatosan hajlik le a beteg, felemelkedésnél kezét térdére támasztja, szóval gerinczoszlopát kiméli, támogatja.

A tüdők megvizsgálására használhatunk plessimetert és kalapácsot, vagy, helyesebben csak ujjal ujjon, illetőleg kalapácscsal ujjon végezzük a kopogtatást.

Fontos azonban, hogy az ütögetést mindig enyhén végezzük; ugyanez áll különösen a szív vizsgálatára, mert a gyermeki mellkas falainak rezgési viszonyai miatt, még tompulat felett is eléggé éles hangot idézhetünk elő

erős kopogtatással. A mellkas háti felületének vizsgálatánál felültetjük a csecsemőt is, mialatt fejét két oldalról rögzíttetjük. Ha a gyermek nyugodt, akkor ép tüdők felett összehasonlitó kopogtatásnál hátul mindkét oldalon teljes éles hangot kapunk, a mint azonban a gyermek sírni kezd, gyakran tapasztaljuk azon jelenséget, hogy a kopogtatási hang megváltozik, az alsó lebenyek felett tompult lesz, és pedig kifejezettebben jobboldalt. Ha a gyermek a sírást abbahagyja, vagy ha folytatva a vizsgálatot, akkor kopogtatjuk meg a jelzett helyeket, a midőn a gyermek inspirál, a tompa kopogtatási hang helyett ismét teljes éles kopogtatási hangot kapunk. Ezen tünet onnan magyarázható, hogy sírás alkalmával a hasi szervek: a máj, lép a mellkas üregébe tolatnak fel s előidézik a tompultabb kopogtatási hangot.

A mellkas mellső felületének a kopogtatásánál jó, ha a hátára fektetjük a gyermeket, mert igy a mellkas nem mozdulhat el a kopogtató kéz elől s a vizsgálatot sokkal szabatosabban végezhetjük.

A hallgatódzásnál ugyancsak űlő helyzetbe hozzuk a gyermeket, miközben mellkasát egyik kezünkkel támogatjuk, fejét pedig esetleg rögzíttetjük. Ügyeljünk arra, hogy ne túl mélyen hallgatódzunk, a mint ez nagyon sok kezdő orvosnak szokása, mert különben ott vizsgálunk, a hová a tüdők már nem érnek le.

Nem elég továbbá csak a háti felületet meghallgatni, hanem a mellkas minden egyes részlete felett hallgatódzunk, s különösen figyelemre méltassuk a hónaljkupokat s a jobb bimbó alatti mellkas tájat, nehogy felső-lebeny s a jobb középső tüdő-lebeny beszürődései figyelmünket kikerüljék.

Kisebb gyermekek köpetet nem üritenek. Ha köpetet akarunk szerezni, ezt eszközölhetjük egy nyelv-lapoczczal olykép, hogy mélyen lenyomva a nyelv-gyökét, köhögést váltunk ki, a mely alkalommal igyekszünk a felköhögött váladék egy részét a nyelv-lapoczczal felfogni.

Az ütérlökés vizsgálása csecsemőknél néha olyan nehézségekbe ütközik, hogy alig eszközölhető a miatt, hogy a csecsemő, ha megtapintottuk üterét, egy pillanatig sem tartja nyugodtan kezét, folyton ide-oda mozgatja. Ezért, ha lehetséges az ütérlökés vizsgálatát vagy olyankor végezzük, a midőn a gyermek alszik, vagy pedig igyekezzünk figyelmét játékszerekkel stb. elvonni azon kevés időre, a mig üterét tapintjuk.

A hasnak a vizsgálata rendszerint nem jár nagyobb nehézséggel, könnyebben is áttapintható, mint felnőtteknél. Vannak azonban esetek, a midőn a hasnak a legóvatosabb érintésénél is a hasizmok olyan mérvü összehuzódását váltjuk ki, hogy további vizsgálatunk meghiusul. A gyermek nem tudja hasfalát ellágyítani: az izmok mint kemény kötegek érezhetők, a melyek annál jobban összehúzódnak, minél mélyebben akarjuk a hasfalat benyomni. Ilyen esetekben, továbbá, ha valamely fájdalmas hasbántalmat (daganat stb.) akarunk vizsgálni, igen czélszerü a beteget narcosissal óvatosan bóditani, feltéve, hogy ellenjavaslat nem forog fenn a bóditást illetőleg.

Ne mulasszuk el az anus-t megtekinteni csecsemőknél, a mit legczélszerűbben ugy végezhetünk a hátán fekvő csecsemőnél, hogy jobbkezünkkel a bokákat összefogjuk s ezzel az alsó végtagokat felemeljük, mig balkezünk hüvelyk- és mutatóujjával a seggpofákat széthúzzuk. Az anusnak az állapotából következtetést von-

hatunk az esetleg fennálló bélhuzam megbetegedés súlyosságára.

A csecsemőknek az ü r ü l é k-ét csak a pelenkákon láthatjuk meg s ezt, ha csak lehet mindig igyekezzünk megtekinteni, megszagolni, a bélsárnak a consistentiájáról meggyőződni, midőn is a pelenkának valamely tiszta csücskével szétnyomjuk a bélsarat. A bélsárnak a minősége igen fontos lehet gyomor-bélhuzam megbetegedések kórismézésénél. Ne felejtsük el, hogy ha a pelenkában az ürülék huzamosabb ideig áll, akkor az eredetileg normalis sárga székletét is megzöldülhet (valószinüleg bakteriumok behatása folytán), nehogy ebből helytelenül következtessünk.

A v i z e l e t-et ugyancsak a pelenkán láthatjuk csecsemőnél, de ha a vizeletet valamely okból vizsgálni akarjuk, már néhány hetes csecsemőt is egész bátran catheterizálhatunk a kellő tisztasági cauteláк betartásával. (Steril, kifőzött műszer!)

A test h ő m é r s é k é-nek foka igen fontos felvilágositást ad valamely betegség kórismézésénél, e végből a hőmérőzést nem szabad elhanyagolnunk. A testre feltett kézzel néha még hozzávetőleg sem lehet a láz fokát meghatározni. A legmegbízhatóbb kisebb gyermekeknél a per anum eszközölt hőmérés; 6 éven felüli gyermekeknél már végezhetjük a hónalji hőmérőzést. A per anum végzett hőmérésnél a gyermeket oldalt fektetjük, két alsó végtagját egyik kezünkkel jól felhuzzuk s rögzitjük, mig a másik kezünkkel a beolajozott, hengeres végü hőmérőt bevezetjük az anusba, még pedig legalább is annyira, hogy a higanytartó hengeres része teljesen fedve legyen.

A torok megtekintése a gyermekre nézve a legkellemetlenebb része lévén a vizsgálatnak, igyekezzünk azt lehető gyorsan, de a mellett biztosan végezni. Csecsemőknél ezt a következő módon végezhetjük: a csecsemőt hanyattfektetjük, kezeit rögzittetjük, balkezünkkel pedig mi fixáljuk a megemelt fejét, mig a jobbkezünkbe fogott nyelv-lapoczczal a nyelvhátát lenyomjuk. Gyermekek torokvizsgálatánál is igy járunk el, vagy pedig felültetjük a gyermeket; utóbbi esetben azonban a karokat is, a törzset is rögzittetnünk kell (ezt ugy tehetjük a legjobban, ha valaki hátulról megfogja a gyermek karjait s vállával támogatja a gyermek hátát.)

Makacs gyermekeknél kétféle fogás is áll rendelkezésünkre, a melyekkel a torokba könnyen bejuthatunk. Az egyik a Hutinel, illetőleg Henoch-féle fogás, mely szerint az alsó ajkat akár az ujjunkkal, akár a nyelvlapoczczal addig nyomjuk az alsó fogsor fölé, a mig a gyermek a fájdalom folytán ki nem nyitja a száját; a másik fogás abban áll, hogy ujjunkat, vagy a nyelv-lapoczot a pofa és a fogsor között hátravezetjük s a két foginy közötti résbe hatolunk.

Ügyeljünk arra, hogy a nyelv-lapoczot ne vezessük be tul mélyen a toroküregbe, mert akkor először is fölösleges öklöndözést váltunk ki, de a mi még fontosabb, a torok-képletekről ledörzsöljük az esetleg ottlévő csapadékot, ugy, hogy csak vérző felületet látunk, de mást nem. Gyakran a lepedék a garativek mögé, a garat-hátfal oldalrészeire rakódott s rejtve maradhat előttünk, mindaddig, mig a gyermek nem inspirál, ezt a pillanatot tehát meg kell várnunk, mert ekkor a garatívek emelkednek s egy-két pillanatra a garat-hátfal tetemes része láthatóvá válik.

Testalkat, habitus.

Mielőtt a tulajdonképeni vizsgálathoz hozzáfognánk, mindig szükséges tekintettel lennünk az általános testalkatra, mert sokszor ugyanazon symptomák, különböző testalkat mellett, más és más elbírálás alá esnek.

A fejlődésnek nagyfoku visszamaradását látjuk 1., koraszülötteknél és 2., veleszületett gyengeségnél (debilitas congenita). Mindkét esetben a testhossz, súly stb. a rendes méreteken alul marad.

Koraszülött csecsemőnek a csontjai hajlékonyak, puhák, izmai igen satnyán fejlődtek, bőre rendkivül lágy, bőralatti zsírszövet aránylag elég bő. Az ilyen koraszülötteknél fejlődik ki a születés után csakhamar azon állapot, a melyet deb. cong.-nak nevezünk, a melyre a nagyfoku sorvadás, a kiálló testrészeknek kékes elszineződése, a végtagoknak a hidegsége s cyanosisa, a test hőmérsékének a leszállása (35·0—36·0 C. végbélhő), fájdalmas gyenge nyöszörgés, nagy gyengeség jellegzetesek.

Rendes időre született csecsemők is lehetnek olyan gyengén fejlettek, hogy koraszülötteknek a súlyát, hosszát, fejlettségi fokát nem igen haladják túl.

A normálisan fejlett ujszülött test súlya 2500—5000 gr. között ingadozik, átlagosan 3250 gr. Ha a test súlya a 2500 gr.-ot nem üti meg, gyengén fejlettségről beszélünk.

Átlagos testhossz fiúknál 50 centiméter, leányoknál 49 centiméter.

A normálisan fejlett gyermeknek a súlyszaporodását a következő táblázat mutatja:

Kor	Napi s. sz.	Havi s. sz.	Átlagos testsuly
1 hónap	25—30 gr.	750 gr.	4000 gr.
3 «	22 «	650 «	5350 «
5 «	18 «	550 «	6500 «
7 «	15 «	450 «	7450 «
9 «	12 «	350 «	8200 «
12 «	6 «	200 «	9000 «
2 év			10—12 klgr.
4 «			13—15 «
6 «			16—18 «
8 «			20—22 «
10 «			24—26 «

A bár rendes időre született, de igen gyenge testalkatu csecsemőknél előfordul olykor egy kóralak, a melyet rachitis foetalis-nak, illetőleg veleszületett angolkór-nak nevezünk, a midőn már az ujszülött csontrendszerén ugyanazokat az elváltozásokat találjuk, esetleg még fokozottabb mérvben, a melyeket később a gyermekkori rachitisnél észlelhetünk. Megtalálhatjuk a craniotabest, az epiphysarius megvastagodásokat a csontokon, a csöves csontoknak elgörbüléseit, sőt a bordáknak és végtagoknak többszörös, de gyógyult töréseit is.

Ha a csecsemő fejlődése a kitüntetett táblázattól lényegesen visszamaradt, akkor sorvadás-ról, atrophiá-ról beszélhetünk, a mely állapot nem egyszerre, hanem fokozatosan fejlődik ki. Atrophiát általában kétfélét különböztetünk meg. Az egyik, ha ugy lehet nevezni idiopathikus, a másik a symptomatikus. Utóbbi tehát csak mint kisérő tünet szerepel, valamely alapbántalom mellett. Okul szol-

gálhat minden idült betegség, a mely hosszu lefolyása alatt sorvadáshoz vezet.

Gyakrabban észlelhetjük az önállóan fejlődött atrophiákat, midőn a szervezet tulajdonképen egészséges, semmiféle szervben sem találunk elváltozást; ilyenkor a sorvadásos állapotnak az egyedüli okát a nagyon hiányos, vagy czélszerűtlenül alkalmazott táplálékban, a rossz hygienikus viszonyokban, a gondatlan ápolás stb.-ben keressük s találjuk meg.

A kórképe ezen állapotnak az arcz- és testbőrének



1. ábra. Atrophikus alkat.

ránczos voltában, halvány, fakó, sárgás szineződésében, hegyes állban, erősen megfogyott panniculus adiposusban, igen sorvadt s petyhüdt izomzatban culminálódik, a melyhez, ha hozzáveszszük, hogy a csecsemő tágra nyitott szemekkel, karjait s lábait felhuzva, majdnem mozdulatlanul fekszik, végtagjai hűvösek, s bőre, mely a kiállóbb csontokon kékesen elszineződik s azokon erősebben tapad, pergament-tapintatu, helyenkint vagy nagyrészén korpádzik, a szemek beesettek, a nyelv s az egész szájüreg száraz, a kép teljessé lesz. A sarkaknak a kifekélyesedése, az

ivarszervek s az anus tájnak erythemás elváltozásai, soor, furunculosis gyakori, de nem okvetlenül szükséges kisérő tünetei az atrophiának. (1. ábra.)

Utóbb emlitett atrophia már annyiban is különbözik a sec. atrophiától, hogy az ilyen gyermek, ha hygienikus és diaetetikus viszonyai javulnak, gyorsan gyarapszik. Az atrophiával szemben igen jól tápláltaknak tünnek fel az elhájasodás-t obesitas-t mutató csecsemők, a kiknél azonban elég gyakran találunk rachitist, bár a domboru idomok, különösen a hajlatok körül erős ránczokat vető kifejlett zsírpárna, látszólag teljes egészség mellett szólnak.



2. ábra. Cretin-typus.

Jól tápláltaknak, sőt túltápláltaknak látszanak a cretinismus-ban szenvedő gyermekek, a mely bántalom a csecsemőkorban olykor nehezen ismerhető fel, mig a gyermekkorban a bántalom felismerése alig jár akadálylyal, ha arra figyelünk, hogy ezen gyermekeknek a hossznövekedése a korhoz mérten visszamaradt, a járásra képtelenek, vagy bizonytalanúl és lassan, széles alapon járnak, a talpak, de különösen a tenyerek aránylag igen szélesek, mély barázdákkal. Az arcz az ugynevezett cretin — typust

mutatja: nagy fej, mely mellől oldalról kissé összenyomott, keskeny homlok, besüppedt orrgyök, tág orrlyukak, állandóan nyitott száj vastag ajkakkal, a melyek között a rendesen erősen fejlett husos nyelv (macroglossia) szabadon látható. A tekintet olykor élénk, de sokszor idiotaszerü. Bőrszín feltünően halvány. Nyak rövid, glandula thyreoidea sorvadt, vagy teljesen hiányzik. (2. ábra.)

Ezen képhez némileg hasonló a görvélyes, scrophulotikus alkatnak torpid alakja.



3. ábra. Scrophulotikus arcz.

Általában két alakját különböztetjük meg a scrophulosisnak 1., a torpid, 2., az eretikus alakját. (3. ábra.)

A scrophulosis torpidára jellegzetes a tul vastag panniculus adiposus halvány bőrszin mellett; széles orr, vastag ajkak, puffadt arcz, esetleg blepharitis; sokszor dunnyogó beszéd, excoriált orrbemenet, vontatott lassu mozdulatok, fáradt tekintet stb.

Az eretikus alaknál a panniculus adiposus csekély, bár a bőrszin ott is halvány. E mellett a tekintet élénk, hosszúra nőtt szempilla szőrök, kékes sclerák; az egész termet gyengén alkotott, fínom és vékony bőrrel, a melyen a visszerek kékesen áttünnek, élénk mozdulatokkal s rendesen korán fejlett szellemi képességgel.

Ugy a torpid, mint az eretikus alaknál a nyaki mirigyeknek megnagyobbodását találhatjuk, a melyek nyomásra csak alig fájdalmasak; ha genyedésbe mennek át, az csak lassan, sokszor hónapok alatt következik be s eltérőleg az acut lymphadenitisektől, rajtok a fluctuatio szakában sem mutatkozik pír, vagy csak nagyon csekély mértékben.



4. ábra. Nagyfoku angolkór.

E mellett mindkét alaknál a legkülönbözőbb megbetegedéseket találhatjuk: gyakoriak az ostitisek és periostitisek, otitisek, állandó nátha, blepharitis, conjunctivitis, hypertrophikus tonsillák stb.

Az eretikus scrophulotikus alkathoz nagyon hasonló a tuberculotikus alkat, ugy, hogy sokszor a két habitust egymástól alig lehet megkülönböztetni.

A tuberculotikus alkathoz tartozik még a fentebb mondottakon kivül a hosszu lapos mellkas, igen halvány arcz körülirt pírral, rendkivül sovány termet és hypertrichosis.

Végre ide sorolhatjuk az angolkóros alkatot, (lásd előbb a rachit. congenitát), melylyel mint florid folya-



5. ábra. Kyphosis rachitica.

mattal az első élethónapoktól a 2-ik, 3-ik életévig találkozunk leggyakrabban. (4. ábra.)

Ennek jellegzetes tünetei: nagy fej, mely a tuber frontalék és parietalék táján erősen csontosodott, ugy, hogy felülről tekintve négyszegletünek látszik (tète carrée), későn záródó nagykutacs, kopasz tarkótáj, kiülő homlok,

élénk tekintet, kissé besüppedt orrgyök, hiányos fogazat, eltorzult mellkas, a bordaporczok végein dudorok, (rachitikus rózsafűzér v. olvasó) erősen puffadt has, elgörbült csöves csontok, petyhüdt izomzatu alsó végtagok, kyphotikus v. kyphoscoliotikus hátgerincz, járási képtelenség, illetőleg késői járás, (olykor kacsa-járás) stb. (5. ábra.)

A gyermek-betegségek általános tünettana.

A testalkat megbírálása után, a vizsgáló asztalra letett gyermeknek a fekvését, illetve az egyes végtagoknak és a fejnek a tartását, a bőr-színt stb. figyeljük meg.

Egészséges csecsemő hanyattfektetve, karjait könyökben behajlitva, ujjait ökölre fogva, mérsékelten a törzshöz szoritva tartja; ugyancsak kissé behajlítva látjuk az alsó végtagokat is a csipő és térdizületben.

Ugy a fejnek, mint a végtagoknak a mondott helyzetből való kitéritése igen mérsékelt erő alkalmazásával fájdalom előidézése nélkül sikerül, ugy a csecsemő, mint a gyermekkorban.

F á j d a l m a s lehet a végtagoknak ezen helyzetből való kitéritése contusionál, fracturánál, izületek lobos megbetegedésénél stb.

Hasonlóképen fájdalmas lehet a fejnek a felemelése, vagy hajlitása a nyaki gerincz-oszlopnak lobos (spondylitis cervicalis) vagy traumatikus eredetü megbetegedéseinél (fractura), valamint a szomszédos szervek bántalmainál is, haematoma sterno-cleido-mastoidei, nyaki vagy garatmögötti lymphadenitisek, meningitisnél; utóbbi esetben a fej állandóan mereven tartatik, illetőleg hátra van feszitve, a mely helyzetből a kitérités a tarkóizmoknak erős spastikus összehuzódását váltja ki. Mono, vagy

hemiplegiánál, vagy az összes végtagok laza hűdésénél (gyermekhüdés) a beteg azon helyzetben hagyja végtagjait, a melybe azok a vizsgáló-asztalra való letétel alkalmával épen jutottak.

Súlyos megbetegedések, különösen lobos agyi folyamatok alkalmával is a végtagoknak elhelyeződése olykor majdnem azt a benyomást kelti bennünk, mintha a végtagok hűdöttek volnának, a mi azonban csak a betegnek az öntudatlansága által van feltételezve; ilyenkor az enyhébb, vagy erősebb ingerekre kapott mozgások nagyon vontatottak, ha egyuttal merev nézéssel, renyhén vagy egyáltalán nem reagáló pupillákkal találjuk együtt: erős gyanunk támad meningitis iránt.

Characteristikus spondylitis cervicalisra, hogy a gyermek ülő helyzetében egyik vagy mindkét karjával állát feltámasztja, ez néha már a baj legkezdetibb stádiumában meg van — mialatt fejét kissé hátrafelé rögzitve tarja, az oldalmozgásokat kerüli, s ha erre mégis kénytelen, ezt csak az egész törzsnek a fejjel együttes mozditásával végzi.

Állandóan felhúzva tartja a beteg alsó végtagját azon oldali csípőízület, vagy ízület környékének a lobjánál (absc. psoas ex spondylitide).

Erősen felhúzott végtagokat látunk a hasür (peritonitis és perityphlitis) vagy a hasfalak lobos bántalmainál (phlegmone, erysipelas).

Igen jellegzetes az oldalfekvés (vadászkutya fekvés) felhúzott lábakkal az agy- és gerinczagy lobos folyamatainál.

Állandóan a kóros oldalon fekszik a beteg pleuritikus izzadmány jelenlétében; de ha az izzadmány tetemes,

annyira, hogy dyspnoet okoz, akkor a fekve-légzés nehezített lesz annyira, hogy a beteg ülő helyzetet foglal el.

Általában nagy légzési akadályok mellett, legyenek azok akár a légcső, tüdő vagy sziv részéről, a beteg ülő helyzetben látható, miután a lefekvés alkalmával a légzési nehézségek fokozódnak.

Folytonos helyzetváltoztatást, nagy nyugtalanságot látunk magas lázak mellett, deliriumoknál, olykor a szivgyengeséget megelőző időszakban.

Figyeljünk a bőrnek a szinére, mely rendes körülmények között — bár individualiter eltéréséket mutathat — sem nagyon halavány, sem túlsötét nem szokott lenni. Első esetben anaemia van jelen, mely különösen a csecsemőkorban elég gyakori szokott lenni lues, rachitis mellett, a gyermekkorban pedig valamely kiállott betegség után, vagy önállóan is felléphet.

Megjegyezzük itt, hogy a tisztán tehéntejjel táplált csecsemőknek a bőre halaványabb a rendesnél, a nélkül, hogy kifejezett anaemia volna jelen.

Sárgásan szinezett bőrt icterus mellett, bronzszinűt Addison-kórnál, kékes szederjes szint vitium cordis congenit. jelenlétében találunk.

A bőrnek a színe mellett figyeljünk annak egyéb elváltozásaira is, vajjon nincs-e rajta kiütés stb.

Az arcz kifejezései, a gyermeknek a viselkedése, fontos útbaigazitó momentumokat nyujtanak. Az élénk tekintet mellett nyugodt arczkifejezés ugy csecsemőknél, mint felnőttebb gyermekeknél sejteti velünk a könynyebb természetü megbetegedést, az apathikus, semmivel sem törődő, magát teljesen elhagyó beteg gyermeknél ellenben a komoly megbetegedésnek már külsőleg is igen

fontos jelét birjuk. Az arcznak fájdalmas, szenvedő kifejezése, beesett szemekkel, felhuzott lábak mellett, valamely lobos hasbetegségre utal. A nagyon élénk, minden iránt érdeklődő, hogy ugy mondjuk kaczér arcz, gyorsan változó arczjátékkal, különösen nagyobb leánykáknál, hysteriára s chorea minorra hivja fel a figyelmünket.

Ennek ellenében ugyancsak a serdülő korban levő gyermekeknek halavány arcza, fáradt tekintete, magába vonultsága: neurasthenia gyanuját kelti bennünk.

Pöffedt arcz, subconjunctivális vérzésekkel, pertussisnak csalhatatlan jelét képezi, mig ugyancsak pöffedt arcz és zacskós szemhéjak, krétafehér arczszinnel a már jelenlevő nephritist árulja el.

Az erősen lesorvadt ránczos arczot, csúcsos állal, száraz elvékonyodott bőrrel, atrophia mellett találjuk; viaszsárga beesett arcz, beesett szemekkel, s kutacscsal félig zárt szemhéjakkal, hideg, tömöttes tapintatú bőrrel, előrement erősebb nedvveszteség (cholera infant.) mellett észlelhető.

A sírás.

Adott esetekben szintén fontos támpontot nyujthat a kórisme megállapitásánál. Már a születés utáni perczekben is a sírásnak a teljes hiánya miatt, vagy ha erőteljes sírás helyett gyenge nyöszörgést hallunk, gyanunk támadhat debilitas vagy atelectasis iránt; utóbbira a teljesen felfüggesztett vagy rendkivül gyenge inspiratiók s cyanosis, előbbire a bőrnek kékes-vörös szineződése, rendkivül gyengén fejlett csont és izomrendszer, csökkent hőmérsék jellegzetesek.

A csecsemő, valamint a gyermekkorban ügyelnünk kell a sírásnak tartamára, vajjon az hosszan tart, vagy

csak rövid ideig, de igen éles hangon történik-e; ügyelünk arra, hogy ugyanakkor talán végtagjaival a fájdalmas rész felé is kapkod a csecsemő.

Ügyelünk a sírásnak illetve felsírásnak az idejére. Hosszantartó sírással szoktak járni a bélfájdalmak, az enteralgia, a midőn is a gyermek rendkivül nyugtalan s annyira sír, hogy elkékül, a miközben alsó végtagjaival erőteljes rugó mozgásokat végez, azokat majd hirtelen a hashoz közeliti, majd ismét kirugja a teljes extensióig, mialatt rendesen néhány hangos flatus ürül, a nélkül azonban, hogy ezáltal a nagyfoku meteorismus valamit is csökkenne.

Néha az ilyen csecsemő megnyugszik enyhe has-massage-ra, de sokszor a massage alatt a fájdalmak még fokozódnak.

Az enteralgiás sírás hirtelen kezdődik s épen olyan gyorsan mulik.

Hasonlókép nyugtalanságot és hosszantartó sírást okoz olykor rovaroknak a csipése is, egyéb ok hiányában tehát ezután is kell puhatolódznunk.

Ezzel ellentétben rendesen rövid ideig tartó sírást, illetve fájdalmas felkiáltást hallunk valamely acut agyi folyamat mellett (Clamor cephal.). A felkiáltást néha mély felsóhajtások előzik meg; néha azonban a nélkül jelentkeznek, olykor nagy nyugtalanság mellett, máskor sopor kiséretében. A felkiáltások rövidebb-hosszabb időközöket leszámitva többnyire éjjel-nappal tartanak, mialatt a gyermek a feje felé is kapkod.

Ugyancsak a fej, illetve a fül felé kapkod a gyermek, erős huzamos sírás mellett, otitis media fejlődése alatt is. E mellett igen nyugtalan, vonakodik szopni, miután

a szopó mozgások még öregbitik a fájdalmát; növeli a fájdalmat a fülkagylónak a huzása, vagy fültájra gyakorolt nyomás is. A fültükörrel megejtett vizsgálat, a melyre figyelmünket az emlitett jeleken kivül a rendesen intermittáló jellegü lázak is felhivják, csakhamar bizonyosságot teremt. A fájdalmak este rendesen fokozódnak, e miatt a nyugtalanság is az esti órákban növekszik.

Sajátságos éjjeli felkiáltást tapasztalunk fejlődő csípőízületi lobnál (coxitis), valamint a csigolyák lobjánál (spondylitis), tekintet nélkül arra, hogy annak melyik szakaszán fejlődik a lob. Ezt már néha a legkoraibb stadiumban észlelhetjük, a folyamat előrehaladásával azonban a felkiáltások gyakoriabbakká válnak.

Nem szabad összetévesztenünk a most tárgyaltakkal az ugynevezett éjjeli felijedést — pavor nocturnus, — a mely idősebb gyermekeknél, rendesen lefekvés után pár óra mulva lép fel. Az így hirtelen felijedt gyermekek rendkivül nyugtalanok, ijedt arczczal s tágra nyilt szemekkel a levegőbe kapkodnak, heves kiabálás közben. Pár percz mulva a roham szünik s vagy többször ismétlődik azon éjjel a felijedés, vagy pedig a következő éjjeleken ismétlődik meg.

Az éjjeli felijedést néha anaemia mellett, gyakrabban az orr-garat-ürben székelő adenoid vegetatiók mellett látjuk; ha periodice ismétlődik, ügyeljünk malaria larvatara.

Felemlithetjük még azon állapotokat, a melyek mellett a sírás ugyancsak nyujt némi támpontot: ilyenek a vizelést és a székelést megelőző sírása a gyermeknek; az elsőnél a húgycsőnek valamely rendellenességére, vagy elváltozására (phimosis, paraphimosis, balanitis, ulcus orific. urethrae, calculus urethralis stb.), vagy hólyagbán-

talomra; leánygyermekeknél blenorrhoea, adhaesio introitus vaginae stb.-re, a második esetben a végbélnek vagy körüli résznek valamely kóros folyamatára (periproctitikus tályog, fissura ani) kell gondolnunk.

Ütérlökés, légzés.

Élettanilag szoros viszony van e kettő között. Az élet első hónapjaiban levő csecsemőknél az ütérlökés száma 120—140 között ingadozik perczenkint, ugyanekkor a légzési szám 35—40-nek felel meg. A 2-ik életévben az ütérlökés szám perczenkint 100—120, a légzési szám 25—30; 3—6 éves gyermekek ütérlökése perczenkint mintegy 90, a légzési szám 20—22.

A viszony tehát ütérlökés és légzési szám között ugy aránylik, mint $3^1/_2$—4 az 1-hez. Rendes körülmények között ezen arány meg is marad. Az emotiók alkalmával tapasztalható légzésszám szaporodással együtt jár az ütérlökés számának a növekedése; valamint a lázas állapot ép ugy befolyásolja arányosan az ütérlökést, mint a légzés számát is.

Ha olykor mulékony rendetlenséget veszünk is észre az ütérlökés és a légzés száma között, annak nagy fontosságot nem tulajdoníthatunk. Fontosabb lesz azonban ezen körülmény, ha a fentemlített viszony ütérlökés és légzés-szám között tartósan és jelentékenyen megváltozik, például, ha az ütérlökés száma nem áll arányban a légzések számával.

Igen szapora és rendesen kis hullámu ütérlökést találhatunk sulyos diphtheria utáni szivbénulás egyes eseteiben, a nélkül azonban, hogy a légzés számának a növekedése lépést tartana a mindinkább szaporodó ütér-

lökés számmal. Ugy, hogy nem ritkák azon esetek, a midőn 140—160 perczenkinti ütérlökés mellett 20, olykor dyspnoetikus, sokszor azonban még csak nem is dyspnoetikus légzés-számot találunk.

Ezen körülmény annyira jellegzetes, hogy ha az így folyton szaporodó és gyengülő, olykor rendetlen ütérlökés mellett még cyanosist, a végtagoknak a hidegségét s nyugtalanságot látunk: nem kételkedhetünk a fenyegető paralysis cordis jelenlétében.

Szaporább érlökést találunk ezenkivül, a légzési szám tetemesebb emelkedése nélkül, collapsusnál, sulyos fertőző bántalmak kiséretében, továbbá bolygó ideg hűdése után (például mening. bas. tbc. hűdéses időszakában).

A légzés számának az aránytalan szaporodása, normális, vagy a légzés-számnak meg nem felelő ütérlökés mellett, nem kevésbbé fontos diagnostikus jel a lélegzőszervek valamely kóros elváltozását illetőleg; igy miliaris tbc. ac. esetén nem ritkán 60 légzési szám mellett 120—130 érlökést tapintunk.

A légzés, a mely mint tudjuk, a gyermekkorban a 3—4-ik évig inkább hasi jellegü, tbc. miliaris mellett inkább mellkasi jelleget ölt és ez az ugynevezett »repülő« légzés név alatt ismert légzési typus.

Lehet az ütérlökés gyérebb, retardált, a mint ezt, különösen icterus mellett lehet észlelni, mintegy majdnem állandóan jelenlevő tünetet, kevésbbé a 6—7 éven aluli gyermekeknél, gyakrabban az ezen felül levő korban. Fontosabb, ha a retardált ütérlökést állandóan arythmikusnak is találjuk; ez központi eredetre vall és a meningitis bas. tbc.-ának első tünetei közé tartozik. Rövid ideig tartó retardált és arythmikus ütérlökést

észlelhetünk olykor, mint reflectorikus tünetet helminthiasis és gastritis mellett, valamint rendes viszonyok mellett alvás közben is.

Az ütérlökésnek a feszességét vitium cordis mellett, az incompensatio időszakában, kis hullámu könnyen elnyomható ütérlökést, leginkább magát a szívet működésében gátló befolyások mellett (pericarditis, synechiák) észlelhetünk.

A légzésnek esetleges rendetlenségeire is ügyeljünk.

A Cheyne-Stokes-féle légzés már előre jelzi a közeli exitust. Meningitis bas. tbc. mellett az utolsó 24—48 órában majdnem rendesen jelentkezik, bár egyéb kimerítő betegségeknél is észlelhetjük a végső szakaszban.

Igen jellemző az ugynevezett nyögő légzés, a midőn az exspiriumokat fájdalmas nyögés kiséri; ha orrszárnyi légzéssel együtt látjuk tartós magas láz kiséretében: majdnem biztosan felvehetjük pneumonia crouposa jelenlétét.

Az orrszárnyi légzés igen fontos különzeti symptoma meningitis convex. és pneumonia crouposa (pneumonia centralis) kétes eseteiben s majdnem döntő bizonyiték pneumonia crouposa mellett.

Szuszogó légzést az orrjáratokban levő akadálynál, horkoló légzést különösen az orrgarat-ürben, vagy garatban levő elváltozások mellett észlelhetünk (adenoid vegetatiók, retropharyngealis abscessus), előbbinél, különösen éjjel erős a horkolás, nyitott száj mellett; utóbbinál állandóan, gyengébben vagy erősebben, a tályog nagysága szerint; stenotikus nem szapora légzést a légcsőben előforduló betegségek mellett, s dyspnoetikus szapora légzést a mély légutak, tehát magukban a hörgök-

ben vagy azok körül, vagy a tüdőben történt elváltozások mellett találhatunk.

Sajátságosan megváltozott typusú légzést látunk rekeszhűdés-nél; a helyett, hogy a has teriméjében növekednék inspirium alkalmával, a has behúzódik. Inspirium alkalmával ugyanis a rekesz nem húzódik össze, e miatt elmarad az epigastrialis kiboltosulás, sőt ellenkezőleg az epigastriumban elég kifejezett behúzódás észlelhető. Azon szervek tehát, a melyek le szoktak szállani légzés alkalmával, ez esetben nem szállnak le, ellenben exspirium alkalmával látjuk a hypochondriumoknak és az epigastriumnak az előboltosulását.

Végre megemlitjük az asthma bronchiale mellett előforduló légzési typust. Az asthmatikus roham, a hirtelen beállott nehéz légzés miatt, hasonló az ál-croupos rohamhoz, azon különbséggel, hogy asthmánál a hang nem rekedt s hogy a rohamok napközben is gyakran ismétlődhetnek. A huzamosabb idő óta bronchitisben szenvedő gyermekeknél valószinüleg a kis hörgök izomzatának spasmusos összehúzódása váltja ki a rohamot. Mindenesetre czélszerü ilyen esetekben az orrgaratüreget is átvizsgálni, mert gyakran adenoid-vegetatiók és hypertrophikus tonsillák stb. is előidézhetik.

Hang — köhögés.

Ügyelnünk kell a hangnak a minőségére, vajjon az tiszta-e, avagy nem. Fontos a hangok különböző változatainak a felismerése, a mit csak gyakorlat utján lehet elsajátitani, mert a hangképző szervek betegségeinél sokszor egyedül hallásunk után vagyunk kénytelenek diagnostizálni.

Tiszta hang, a hangképző szerveknek az épsége mellett bizonyit. Lehet a hang *fátyolozott*, például a légcső-hurut enyhébb fajainál, de lehet *érczteleu*, *tompa*, *dunnyogó*, lehet *rekedt* egész a hangtalanságig, az aphoniáig.

A *tompa dunnyogó* hangra, rekedtség nélkül, felvehetjük, hogy annak az oka a garatban székel, de a hang-szálagok intactak; igen jellegzetesen észlelhetjük ezt absc. retropharyngealisnál, a midőn a hangból szinte »érezni« véljük, hogy a betegnek valamely nagyobb idegen test van a garatjában, a mely a gyermeket egyrészt a szabad légzésében akadályozza, tompává, érczteleuné teszi másrészről a hangot.

A *rekedtségnek* számos fokozata van. Lehet a hang *rekedtes*, a mi épen ugy szólhat gégehurut, mint kezdődő laryngitis-crouposa, esetleg a légcsőben levő új képlet, mint idegen test mellett; kifejezetten *rekedt*, a melyre klasszikus példa a laryngitis-crouposa, ezen esetben is ügyelnünk kell azonban vajjon a sírási hang is rekedt-e? vagy pedig akkor feltisztul a hang; ezen körülmény adott esetben diagnostikus értékkel birhat. Vizsgálandó vajjon a rekedtség fokozódik-e, vagy pedig napokig változatlanul egy állapotban marad.

Csupán *dunnyogó* hang jellegző adenoid vegetatiókra az orrgarat-ürben. Ha a dunnyogó hang mellett az orrhangon való beszéd lép azonban előtérbe (orron át való beszéd) s e mellett a nyujtott ital az orron át visszafolyik (az inyvitorla nem zárja tökéletesen az orrüreget), az inyvitorla inspiriumnál, mint phonatiónál renyhén vagy egyáltalában nem mozog, akkor *paralysis diphther. veli palati-t* vehetünk fel. Felvételünket meg-

erősiti a köhögési hang, mely — a mozdulatlan inyvitorla miatt, részben az orron át áramolván ki a levegő — sajátságos ércztelen, orrhangu zörejjel végződik.

Messzire hallható és mindig komolyan tekintendő az ugynevezett croup-szerű köhögés, mely nem egyéb, mint azon durva rekedt hangok által kisért köhögés, mely az ugatáshoz nagyon hasonlit s azért »ugató«-köhögésnek is hivják. Ez mindig a gége valamelyes bántalmára utal.

Nehezített légzéssel párosult croup-szerű köhögéssel jár azon, különösen éjjel az első álomban hirtelen fellépő betegség, a melyet pseudo-croup-nak szoktak nevezni.

A rohamokban jövő köhögés-nél elsősorban a pertussis emlitendő, a mely néhány hónapos kortól a késő gyermekkorig minden időben előállhat s jellegeztetik az által, hogy rohamokban lép fel s rendesen hányással végződik.

Bizonyos tekintetben a pertussishoz hasonló a köhögés a peribronchialis mirigyek hyperplasiájá-nál, illetőleg sajtos elfajulásá-nál.

A rohamszerűleg jövő köhögésnél az exspiriumok itt is olyan hirtelen, lökésszerüleg követik egymást, csakhogy az utánuk következő fütyülő inspirium nem oly kifejezett, mint pertussisnál. Az arcznak az elvörösödése sem olyan jelentékeny. Másrészről az exspiriumokat sajátságos érczes hang kiséri, a mit pertussisnál ugyancsak nem találunk. A köhögést hányás is kisérheti, bár sokkal ritkábban, mint pertussis mellett. A diagnosisnál alig eshetünk tévedésbe, először, ha az anamnesist kutatjuk, mert a peribronchial-mirigyek hyperplasiáját rendesen chron. bronchitis előzi meg s csak később a folyamat

előrehaladottabb stádiumában csatlakozik hozzá a pertussisszerü köhögés. Azonkivül a peribronchialis hyperplasiának olyan egyéb manifest tüneteit is találjuk (mint tracheal-stenosist stb.), a melyek a tévedést, majdnem kizárják.

Itt emlithetjük a hysteria mellett olykor mutatkozó köhögési rohamokat, az ugynevezett chorea laryngis-t. Az ugyancsak rohamokban járó köhögés gyakran felszólitásra kiváltható s a sajátságosan elváltozott hang, néha croupszerü, máskor igen éles vagy mély, vagy érczes, esetleg aphoniás elváltozásával, olykor a legkülönfélébb állati hangok utánzásával: élénken utal a bajnak ideges természetére.

A hysteriás magaviselet s egyéb hysteriás tünetek csakhamar megadják a kellő útmutatást, a mely megóv bennünket a tévedésektől.

Járás.

Jól fejlett gyermek a 13—14-ik hónapban jár. Ha a jelzett kornál már idősebb s még sem jár, rachitis után kell kutatnunk. A már járó, súlyosan rachitikus gyermeknek menését kacsajáráshoz hasonlítjuk azon jobbra-balra való ingadozások miatt, a melyet járás alkalmával a törzs végez. A rachitikusok járásához kissé hasonló a kétoldali luxatio coxae cong.-ban szenvedők menése. A láb veleszületett vagy szerzett rendellenességei, például donga-láb, pes varus mellett a beteg a lábnak oldalsó részein jár, mig a talp befelé, a lábhát kifelé néz; a lúdláb, pes planus-nál, a talpnak csak a belső oldala érinti a talajt járásnál, mig a külső oldal attól elemelkedik.

B i c z e g ő j á r á s t látunk valamely izület (térd, csipő) lobos megbetegedéseinél. Csigolya-lob előrehaladottabb eseteiben a beteg rendszerint karjait a térdeire támasztva jár. (6. ábra.) A diphtheria üdülő szakában gyakran látunk kisfoku ataktikus járást.

A k ö z p o n t i i d e g r e n d s z e r némely bántalmánál ugyancsak eltérést találunk a járásban. Igy például a F r i e d r e i c h-féle ataxiánál a járás bizonytalan, ingadozó, annyira, hogy a betegség későbbi stádiumában a beteg csak egyes tárgyakba kapaszkodva képes járni (Tabes dorsalis a gyermekkorban alig fordul elő).



6. ábra. Spondylitis dorsualisra jellegzetes állás.

A k i s-a g y t u m o r a i n á l a járás tántorgó, hasonlít a részeg ember járásához; némely beteg járásnál gyakran el is esik.

G ö r c s ö s - h ű d é s mellett a járás nehezitett, a beteg a lábujjhegyén jár, s azokkal a talajt súrolja. Az alsó végtag laza hűdésénél (peroneus-hűdés) a beteg a hűdött végtagot mintegy maga után veti, a mely járási typust, »kaszáló járásnak« is lehetne nevezni.

RÉSZLETES RÉSZ.

A köztakarón előforduló elváltozások.

A bőr vizsgálatánál figyelemmel kell lennünk arra, vannak-e rajta kóros elváltozások, kivirágzások, vagy a köztakaró csak a színe által tér el a bőrnek a rendes színétől.

Először tárgyaljuk a bőrön előforduló elváltozásokat.

I. A heveny fertőzésen alapuló bőrelváltozások. Jellegeztetnek azáltal, hogy nemcsak a köztakaró egész felületére kiterjednek, hanem nyákhártya tüneteket is mutatnak, általános fertőzésen alapulnak, rendesen lázzal s általános tünetekkel járnak, végre hogy hámlással végződnek; két osztályba oszthatjuk őket.

A) hólyagcsa-képződés nélkül járó kivirágzásokat (efflorescentiakat) mutató,

B) hólyag-képződésekkel járó bőrelváltozások.

Az elsőkhöz tartoznak: a vörheny (scarlatina), a kanyaró (morbilli), a rózsás-kiütés (rubeola).

A vörheny (Scarlatina).

Charakteristikumát az képezi, hogy a köztakarón sűrűn egymás mellé helyezett, gombostűfej nagyságu, élénk vörös, a bőr niveau-ja fölé nem emelkedő, nyomásra

eltünő kiütések jelennek meg, rendesen magasabb láz kiséretében és a torok-képletek erős belöveltségével, esetleg necrotikus torok-elváltozásokkal párosulva.

Ha a kiütést kissé távolabbról nézzük, az egynemü skarlátvörösnek imponál, közelebbi megtekintésnél azonban feltünik, hogy a kiütések egymástól halványabb bőrrészletek által vannak elválasztva.

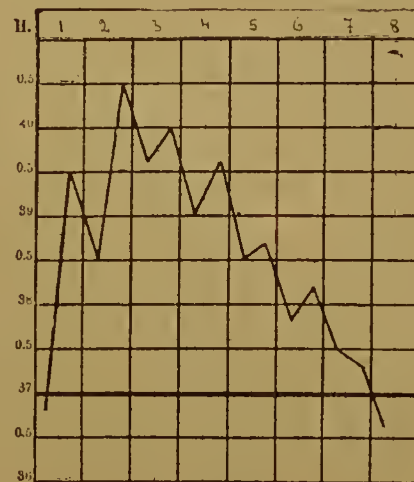
A heveny fertőző betegségeknél általán 4 stádiumot különböztetünk meg: 1. lappangási időszak (incubatio), 2. előkészitő-szak (prodromum), 3. virágzási-szak és 4. hámlás (desquammatio).

A vörhenynél a lappangási-szak 2—5 napig tart, a mely után a megbetegedés rendesen hirtelen lép fel. Este pl. a gyermek még egészségesen feküdt le s reggel már kiütéssel ébredt; máskor 1—2 napi prodromum után tör ki a betegség. Az exanthema kitörését gyakran hányás előzi meg. Rendesen a nyakon és a mellkas felsőrészén látható először a kiütés s onnan terjed, 12—24 óra alatt az egész testre; máskor az egész köztakarón egyszerre keletkezik.

Az eleinte halvány vörös színü exanthema, másnap még sötétebb vörös színeződést vesz fel, mely az arcznak halványabb színével élénk ellentétben áll. Az arczon vagy egyáltalában nincs, vagy csak elszórtan látunk kevés exanthemát. A kivirágzás 3—4 napi fennállása után kezd halványulni, s kezdődik a hámlás, mely annál korábban s erősebben indul meg, minél erősebb volt az exanthema. Gyenge exanthema mellett csak korpádzást látunk, mig erős exanthema után sokszor lemezes a hámlás.

A torokfájás, illetve nyelési nehézség igen sokszor megelőzi a kiütést.

Mikor még semmi exanthema nincs a bőrön, az összes torok-képletek már erős belöveltséget mutatnak, a nyaki mirigyek érzékenyek, duzzadtak. Az exanthema megjelenésével a torok-belöveltség is eléri tetőfokát, ugyanekkor enyhébb esetekben tűszős-lobot, sulyosabb esetekben pedig necrosist, szürkés-sárgás csapadékot is találhatunk a tonsillákon, uvulán, garatíveken, garathátfalon. A scarlatinás necrosis hű kifejezője a scarlatina súlyosságának: enyhébb esetekben mérsékelt, sulyosabb esetekben kiterjedt a torokbeli csapadék. A nyaki mirigyek duzzadtsága ugyancsak egyenes arányban áll a fertőzés súlyosságával, mig enyhe esetekben a nyaki mirigyek infiltratiója is alig észrevehető, a súlyos scarlatinát már a rendkivül nagy fokban megduzzadt, fájdalmas nyaki mirigyek is jelzik.



7. ábra.
Középsulyos scarlatina lázgörbéje.

A nyelv, a scarlatina kezdetén erősen bevont s így marad 3—5 napig, a mikor fokozatosan feltisztúl és ekkor észlelhetjük a scarlatinára jellegzetes »málna« vagy »macska« nyelvet, a mely alatt azt értjük, hogy a felületes hámréteg leválása után a nyelv igen élénk piros s rajta az egyes papillák erősen kiemelkednek.

A láz a betegség kezdetén hirtelen felemelkedik egész 40·0°-ig, kisebb gyermekeknél olykor eclampsia vezeti be, sőt a kiütésnek az elterjedésével a láz még fokozódik is, legfeljebb csekély reggeli remissiok észlelhetők s ilyen magasságban megmarad mindaddig, mig

az exanthema teljes kifejlődését elérte, a honnan aztán fokozatosan, lytice száll le. A kiütésnek a teljes elhalványulásával lassanként megszünik a láz is, a mi tehát átlag 3—7 napot vesz igénybe. (7. ábra.) A hámlás egyszerre indúl meg az egész köztakarón, de legtovább marad meg a tenyereken és talpakon. Ezen helyeken erősebb kivirágzás mellett rendszerint csak a betegségnek 4-ik hetében fejeződik be. Nem ritkán azonban még az 5—6-ik héten is tart ezen helyeken a hámlás.

A most vázolt középsúlyos alaktól persze vannak eltérések is. Vannak láztalanul, vagy 1—2 napig tartó mérsékelt lázzal lefolyó vörheny esetek is, gyenge exanthemával s mérsékelt torok-belöveltséggel. Viszont észlelhetők igen sulyos, ugynevezett septiform-jellegü esetek, a melyek kezdettől igen magas lázakkal, elesettséggel, nagyfoku nyaki-mirigy duzzanatokkal, bűzös angina necrotikával, rendetlenül s foltokban megjelenő exanthemával, kicsi s igen szapora pulsussal stb. folynak le, s kezdettől a kétes vagy rossz prognosisú esetnek a gyanuját keltik bennünk.

A scarlatina változatai a kiütésnek a minősége szerint különböző elnevezések szerint jelöltetnek.

Ha a kiütés mellett a köztakarón még számos igen apró, sűrűn egymás mellett űlő, opák bennéket tartalmazó hólyagcsákat látunk, ezt nevezzük scarlatina miliaris-nak. A scarlatina variegata rendszerint súlyosabb folyamatot jelent s azt értjük alatta, hogy a kiütés rendetlen foltokban jelent meg és az egyes foltok között tenyérnyi nagyságú halavány, tehát kiütéssel nem fedett bőrrészletek is láthatók. Ha az egyes kiütések helyén apró vérömlenyek is vannak, scarlatina haemorrhagica-val állunk szemben.

A mint fentebb említettük általán az exanthema elhalványulása után szűnik a láz, ha azonban a láz a mondott időn túl is tart, sőt fokozódik, vagy ha a hámlás alatt, tehát a 2—3-ik héten ismét jelentkezik, akkor gondolnunk kell valamely szövődményre, a mely scarlatinánál elég gyakori.

A leggyakoribb complicatiók, illetőleg utóbetegségek a következők: 1. A torokbeli necrotikus folyamat. 2. Nyaki lymphadenitisek s phlegmonek. 3. Otitis media, mely lehet egy- vagy kétoldali. 4. A vesék részéről támadható complicatiók, nephritisek. Épen ez okból minden scarlatinánál meg kell vizsgálnunk a vizeletet, már a második hét végétől kezdve naponta fehérnyetartalomra. (A hevenykiütéses időszakban többször észlelhető úgynevezett korai fehérnye-vizelés diagnostikus jelentőséggel nem bir.) Bár az esetleg jelentkező veselobot a zacskós szemhéjak, a pöffedtebb arcz és vizenyős alsó végtagok, a vizelet megcsökkenése már jó eleve elárulják, vannak mégis esetek, mikor aránylag kielégítő vizelet mennyiség mellett is hirtelen beköszönt az uraemiás állapot. Ilyenkor rendesen két tünet jelzi nekünk a bekövetkező uraemiát: a fejfájás és hányás.

Ha a most elősorolt complicatiók egyike sincs jelen, akkor kutatnunk kell egyéb szövődmények után. Első sorban ide tartozik az endocarditis. Különösen magas lázak esetében igen ajánlatos a szívnek gyakori s pontos átvizsgálása. A scarlatina után fejlődött endocarditis, valamint a pericarditis is, szeret lappangva járni. Nemkülönben szem előtt kell tartanunk a többi savós hártyákat, a mellhártyát, ízületeket stb. A scarlatina után fejlődött pleuritisek többnyire genyesek s rendesen csak

a betegségnek a 3-ik vagy 4-ik hetében keletkeznek, míg az úgynevezett synovitis scarlatinosa-val gyakran már a betegségnek 1-ső vagy 2-ik hetében találkozunk.

Ezeken kívül ki kell terjedni a figyelmünknek az agyra s az egész idegrendszerre, tüdőkre stb.; alig van még egy fertőző betegség, mely mellett olyan sokféle complicatió léphetne fel s melynél a mintegy lopva előálló complicatiók felismeréséhez olyan nagy figyelemre volna szüksége az orvosnak, mint épen a scarlatina.

A typikus scarlatina-esetekben a kórisme megállapítása rendesen nem okoz nagyobb nehézséget, enyhébb esetekben azonban, a mikor az exanthema nem oly kifejezett, esetleges tévedések előjöhetnek. Kezdők olykor az ujszülötteknél észlelhető erythema physiologicum neonatorum-mal hajlandók a scarlatinát összetéveszteni. Ezen kiütés az ujszülötteknél rendesen diffus, de olykor pontszerü is, az első napokban áll elő, pár napi fennállás után eltűnik és a bőrön csekély hámlás marad vissza. A bőrkiütés kellő megitélésére elég azt tudnunk, hogy scarlatina ujszülötteknél alig szokott előfordulni. Sokkal inkább össze lehetne téveszteni a scarlatinát, a későbbi csecsemő és gyermekkorban elég gyakori erythema punctiforme-vel s ez néha már behatóbb vizsgálatot igényel, különösen azon esetekben, mikor az erythema nagyobb bőrfelületre terjed ki. A punctiforme-erythema, leginkább magasabb hőfokú fürdők használata után áll elő, de gyakran észleljük forró nyáron is az erős napsugarak behatása alatt, ezért erythema caloricumnak is hívjuk. Utbaigazítást ad az anamnesis, továbbá, hogy jórészt azokon a testrészeken fejlődik, a melyek a hőnek leginkább ki voltak téve; a legfontosabb különbség pedig

az, hogy az erythema caloricumnál a toroktünetek és a láz hiányzanak.

Teljesen a scarlatinát utánzó kiütést látunk egyes esetekben némely gyógyszer használata után.

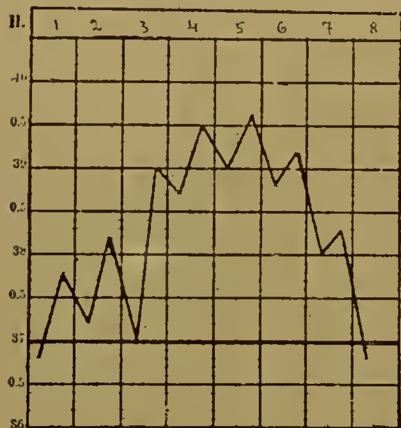
E tekintetben különösen említendők a belladonna, chinin, a salicyl és antipyrin készítmények, továbbá a diphtheria elleni gyógysavó. Ezen gyógyszer-kiütések azonban rendszerint circumscriptek, kivéve a belladonnás bőrpirt, az egész köztakaróra nem terjednek el, hiányzik a torok-belöveltség, végre az anamnesis, és esetleges vizelet vizsgálat eldöntik a kórismét.

Kanyaró (Morbilli).

Lázzal járó hevenyfertőző betegség, mely az által jellegeztetik, hogy a légző-szervek, valamint a kötő-hártyák hurutjával együttesen, rendetlen alaku, lencsényi, egész babnyi, élénk pirosszínű, nyomásra eltűnő, a bőr fölszine fölé kissé kiemelkedő foltok lépnek fel az egész köztakarón, a melyek helyenkint magánosan állanak, helyenkint összefolynak s különösen kissé távolabbról tekintve a tigrisbőrnek a rajzolatát igen élénken utánozzák. A kanyarónál épen úgy, mint a scarlatinánál 4 stádiumot különböztetünk meg: a lappangási-szakot, a prodromális-szakot, a kivirágzást és hámlást.

Lappangási ideje 8—14 nap, a mely idő alatt már jelentkezhetnek lázak; étvágytalanság, nyugtalanság többnyire észlelhetők a betegnél. A kiütés megjelenését rendesen megelőzi a kötőhártyák, a száj- és toroknyákhártyájának a belöveltsége. Sokszor a kemény s lágy szájpadon az exanthemának a kitörése előtt apró sötétpiros foltokat láthatunk (enanthema), a melyből a bekövet-

kező exanthemát már előre megjósolhatjuk, e mellett a beteg sokat tüsszög, köhög, hang kissé rekedt, orrból híg bő váladék ürül. A hurutos tünetekkel egyidőben lépnek fel a pofák belfelületén, sűrűn egymásmellé helyezett, élénk piros alapon űlő, fehéres-szürkés, tűszúrásnyi, egész kis-gombostűfőnyi felrakodások, az úgynevezett Koplik-féle foltok. Ezen tünetnek a diagnostikus értéke nagyobb, mint a hurutos tüneteké, mert míg az általános hurutos tünetek csak valószínűvé teszik, addig a Koplik-féle foltok biztosan jelzik a közelgő morbilli eruptiót. A Koplik-féle tünet jelentkezése után 2—5 nap mulva már a morbilli foltok is megjelennek. A kiütés megjelenését olykor nagy nyugtalanság, erős fénykerülés, száraz, kínzó, olykor croupszerű köhögés előzi meg. A kiütés először az arczon s fülek mögött szokott fellépni s onnan terjed lefelé. Az arczon gyakran confluál az exanthema. Az exanthema a teljes kifejlődése után, eléggé gyorsan, 2—3 nap alatt halványodik s kezdődik a hámlás, a mely után a kiütés helyének megfelelőleg világos-fakó, mérsékelt korpádzást mutató pigment foltok maradnak vissza, a melyek néhány nap mulva véglegesen eltűnnek.



8. ábra.
Középsúlyos morbilli lázgörbéje.

A morbilli mindig lázzal jár. A hőmérsék itt is, mint a scarlatinánál gyorsan emelkedik 39·5—40·0°-ig s a kiütésnek megjelenésekor rendesen még kisfokú emelkedést mutat. Az exanthema teljes megjelenése után csakhamar sülyed a láz, daczára annak, hogy a kiütés

még fennáll s a scarlatinától eltérőleg, critikus leeséssel végződik. (8. ábra.)

Ha azonban a láz még az exanthema elhalványodása után sem szűnik meg, vagy ha ismét fellép, akkor szövődményre gondoljunk. A kanyarót, a légzőszervekben localizálódván első sorban, gyakran kísérik a légútak és tüdők részéről complicatiók. Láz fellépte, vagy megmaradása esetén, főleg kisebbkorú gyermekeknél, első sorban pneumonia catarrhalis után kutassunk még azon esetben is, ha a légzési typus ennek nem felelne meg. Ugyancsak elég gyakori bonyodalmát képezik a morbillinek, különösen a nyári meleg időszakban, a bélhuzam megbetegedések, a melyek néha igen súlyos alakuak lehetnek (enteritis choleriformis). A többi complicatiók közül még megemlitjük a blepharitist, keratitist, stomatitist, a bőrnek az eczematosus, ecthymás elváltozásait, otitis mediát és végül a laryngitis subglotticát (bővebben lásd a légcsőbántalmaknál), mely rekedt köhögéssel s nagyfoku nehéz légzéssel is jár annyira, hogy operativ beavatkozás válhat szükségessé.

A morbillinél is a kiütésnek a minősége szerint megkülönböztetjük: 1. a morbilli papulosi-t, ha az egyes morbilli foltokon jól érezhető kúpszerű kiemelkedések vannak. Olykor az egyes papulákon egy-egy kis opák bennékkel telt hólyagocska is foglal helyet (morb. vesiculosi), a mi a kezdeti stádiumban, a mint később látni fogjuk, tévedésekre is adhat okot; 2. a morbilli haemorrhagici-t, ha az egyes morbilli foltoknak megfelelőleg, vérömlenyek léptek fel, a melyek nyomásra természetesen nem tünnek el. Ennek súlyosabb eseteiben a nyákhártyákon is nagy a hajlandóság a vér-

zésre, a mi már komolyabb szemmel nézendő. (Morb. septic.!)

Bár a morbilli rendesen könnyen felismerhető betegség, azon esetekben, midőn nem typikus a kiütés, okot adhat tévedésekre. Vannak esetek, midőn a scarlatinától nehéz megkülönböztetni. A jelek, a melyeknek alapján az elkülönítés lehetséges, a következők: 1. Morbillinél a kezdeti stádiumban a legfőbb symptomák a hurutus jelenségek, tehát kötőhártya, orr- és hörghurut, tüsszögés, köhögés, rekedtség, míg a scarlatinánál hurutos jelenségek egyáltalában nincsenek, ellenben a nyaki mirigyek megnagyobbodása és nyelési nehézségek vezetik be rendesen a folyamatot. 2. A morbilli foltok az exanthema megjelenése után még pár nap mulva is kiemelkednek kissé a bőr felszine fölé, scarlatinánál ez kevésbbé észlelhető. 3. A »scharlach nyelv« fontos symptoma a scarlatina mellett, mert ez morbillinél hiányzik, de ez scarlatinánál is csak akkor van jelen, ha már a nyelvről a lepedék levállott, tehát 3—5 nappal a kiütés megjelenése után. 4. Morbilli kezdeti stádiumában igen nevezetes symptoma a Koplik-féle tünet, mely scarlatinánál nincs meg. 5. Végre a hámlás időszakában, sokkal intensivebb a hámlás scarlatina mellett, mint morbillinél; különösen fontos a tenyereknek és a talpaknak lemezes hámlása.

A rendesen bőr-izgalmak után előálló erythema papulosum is sokszor igen híven utánozza a morbillit, hiányzik azonban ennél a láz, a belövelt s foltos torok, hiányzanak a hurutos tünetek, hiányzik a Koplik-féle tünet.

A morbilli papulosi-t a kitörési szakban levő variola vera-tól mind az utóbbi időig olykor igen nehéz volt

megkülönböztetni, mindkettő nagy lázzal, hurutos tünetekkel stb. jár; a variola pedig abban a stádiumban, a midőn még hólyag nem fejlődött, teljesen hasonló lehet a morbilli papulosihoz. A Koplik-féle jelenségben azonban olyan diagnostikus tünettel rendelkezünk, mely kétséges esetekben teljes biztossággal morbilli mellett szól.

Rózsás kiütés (Rubeola).

A fertőző kiütéses bántalmakhoz tartozik. Jellegzésére felemlítjük, hogy halvány rózsaszinű, inkább a végtagok feszítő oldalaira szorítkozó, könnyen elnyomható, a bőr színtje fölé ki nem emelkedő, számbavehető láz nélkül, s igen mérsékelt hurutos jelenségekkel fellépő exanthema. Az incubatió tartama 6—21 nap között ingadozik. Prodromalis szaka alig van, rendesen jólérzés közepette fejlődik az exanthema.

A tarkó-mirigyeknek kismérvű megnagyobbodását észleljük gyakran ezen különben igen enyhe bántalom mellett. A kiütés 1—2 napi fennállás után nyomtalanul eltűnik. Szövődménye a rubeolának alig van.

A scarlatina és morbillivel való összetévesztéstől óvnak a fentebb elmondottak.

A fertőző kiütéses betegségek főbb tüneteinek táblázatos összefoglalása:

	Scarlatina	Morbilli	Rubeola
Lappangási idő	2—5 nap	8—14 nap	6—21 nap
Kezdet	Gyakran hányás előzi meg a kiütést	Nyugtalanság, coryza, tüsszögés, köhögés, rekedtes hang	

	Scarlatina	Morbilli	Rubeola
Kiütés	Pontszerű, majdnem egyszerre lép fel az egész testen	Lencsényi, kerekded, v. szabálytalan alakú, először a fülek mögött és arczon, később a nyakon, mellen s 12—24 óra mulva leterjed az egész testre	Pontszerű, egyszerre lép fel, leginkább a végtagok feszítő oldalain
Száj és torok	Nyelv bevont, később »macska«-nyelv, torok belövelt, folliculitis, esetleg necrosis	A kiütést 1—3 nappal megelőzi a Koplik-féle tünet, torok belövelt, enanthema	Mérsékelt torok-belöveltség
Nyaki-mirigyek	A folyamat sulyosságának megfelelőleg infiltráltak	Rendszerint nem infiltráltak	Tarkó-mirigyek megnagyobbodtak
Láz	Ritkán láztalan, rendesen 39·0—40·0° C., lytikus leszállás	39·0—40·0° C., critikus leesés	Alig van
Sensorium	Enyhe esetekben szabad, középsúlyosnál aluszékonyság, apathia. Súlyos esetekben eszméletlenség, deliriumok		Szabad
Hámlás	A 2-ik héten megindul, a tenyereken és talpakon csak a 3—4-iken, sokszor lemezes, a fertőző képesség a hámlás teljes befejeztéig tart	A kiütés elhalványulásával mérsékelt korpádzás; a kiütés helyét 8—10 napig pigment-foltok jelzik. Fertőző képesség 12—14 nap	Igen minimális

	Scarlatina	Morbilli	Rubeola
Kimenet	Gyógyulás vagy mors	Gyógyulás vagy mors	Gyógyulás
Következmény, illetve gyakoribb complicatiók	Vagy nincs, de olykor nephritis, otitis, vitium cordis, rövid ideig tartó szellemi zavarok stb.	Gyakran semmi, olykor pneumonia, illetőleg tuberculosis, blepharitis, mérsékelt szellemi zavarok	Nincs
Okai	A fertőző anyagot közelebbről nem ismerjük		

B) A hólyagképződéssel járó fertőző bőrelváltozások.

Idetartoznak: 1. a valódi himlő, variola vera, 2. a módosított himlő, variolois, 3. a bárányhimlő, varicella, 4. a vaccina.

Ezen fertőző bántalmak az által charakterisáltatnak, hogy rövidebb vagy hosszabb ideig tartó incubatio után, víztiszta bennéket tartalmazó hólyagok lépnek fel a bőrön, a melyek azután bizonyos idő mulva, esetleg elgenyednek, illetőleg beszáradnak.

A variola lappangási ideje 3—12 nap között ingadozik. A rendesen súlyos tünetekkel (hátfájdalmak), magas lázzal bevezetett prodromalis időszakban sokszor mutatkozik egy, a scarlatinához hasonló gyenge erythema a köldök alatt, hónaljakban, a melyet az angolok rash-nak neveznek, a mely nyomásra nem egészen tűnik el. Ezután csakhamar kezdődik a kitörési stádium. A vörös, kis kiemelkedéssel biró kivirágzások először a fejen (arczon és hajas fejbőrön) kezdődnek, a honnan 24—48 óra mulva

az egész testre kiterjednek. A foltok tetején kis göbcse űl, a melyen kis hólyagcsa fejlődik. A hólyagcsa azután gyorsan nagyobbodik s csakhamar körülbelül lencse nagyságot vesz fel. A hólyagok teteje köldökszerűleg behúzódott. Ugyanekkor a szem, orr, száj nyákhártyáján hurut jelentkezik, sőt ezen helyeken, esetleg hólyagok is észlelhetők. A hatodik vagy hetedik napon, a hólyagocskák tartalma genyedésbe megy át, az arcz felduzzad úgy, hogy a szemek sokszor bedagadnak s fellép a rendkívül kínzó viszketés. A harmadik stádiumban stad. exsiccationis, tehát körülbelül a kiütés megjelenése utáni kilenczedik napon a hólyagok felpattannak, kezdenek beszáradni s olyan sorrendben pörkösödnek s tűnnek el, a hogy előálltak. A pörk leesése után 3—5 nap mulva epidermissel fedett hegek maradnak vissza.

A variolának a complicatiói között legveszedelmesebb lehet a larynx részéről jelentkező szövődmény, a mennyiben az esetleg a gégében képződött pustulák olyan nyákhártyaduzzanatokat okozhatnak, hogy fúladás állhat be. A többi complicatiók lehetnek, hurutos tüdőlob, otitis, phthisis bulbi, nephritis, genyes ízületlobok stb. Diagnosisunk megállapításánál figyelemmel kell lennünk nem morbilli van-e fejlődőben; e kettő közötti differentialdiagnosist fentebb már tárgyaltuk, e helyen csak azt említjük meg, hogy diagnosisunk megtételénél figyelemmel kell lennünk az esetleges variola-járványra is.

Hasonló módon, de sokkal enyhébben folyik le a variolois, variola modificata, mely különösen beoltott egyéneken mutatkozik. Úgy az általános tünetek, mint a láz enyhébbek és az egész folyamat gyorsabban nyer befejeződést.

Még enyhébb tünetekkel jár a varicella, bárányhimlő, melynek a lappangási időszaka 8—17 nap között váltakozik. Olykor magas lázzal, de néha majdnem láztalanul folyik le az egész bántalom. A testen elszórtan apró kiemelkedő vörös foltok jelentkeznek, a melyek néhány óra mulva gömbölyded borsónyi, víztiszta bennékkel telt hólyagokká fejlődnek. A hólyagocskák vöröses udvarral vannak körülvéve; a hólyag tartalma csakhamar megzavarosodik s 2—3 napi fennállás után a hólyagocskák beszáradnak, pörkösödnek, helyöket nyomtalanul eltűnő, halvány-piros folt jelöli egy ideig. Heget csak ritkán s akkor is csak itt-ott hagynak vissza maguk után. Jellegzetes varicellára, hogy a hólyagocskák nem egyszerre törnek ki, hanem szakaszonkint, például a mai eruptiót holnap egy újabb csoport hólyagcsa követi, úgy, hogy a bőrön egész friss, még csak alig hólyagcsás kiütést látunk, virágzásban levő hólyagok s már beszáradt hólyagok mellett. Complicatiót a varicella a legritkább esetben szokott okozni. Fontos dolog adott esetekben egy erősebb varicellát, variola verától, illetőleg varioloistól megkülönböztetni. Bár variolánál a hurutos tünetek sokkal kifejezettebbek, adott esetekben azonban a varicella mellett is találhatunk belövelt torkot, úgyszintén variolois mellett, úgy hogy a legbiztosabb támpontunk azon, csakis a varicellánál észlelhető körülmény, hogy a hólyagképződés alig néhány óra alatt megtörténik s a hólyagcsa pörkösödése is gyorsan bekövetkezik, míg variola, illetőleg varioloisnál a hólyagképződés fokozatosan halad előre s a hólyagcsát mindenkor kifejezett göbképződés előzi meg.

Össze lehetne téveszteni a varicellát egyes esetekben eczema vesiculosummal, utóbbinál azonban hiányzik a

piros udvar, továbbá az eczema ves., polymorph. jellegű bőrbántalom és épen ezen körülmény igen jellegzetes eczemára.

Pemphigus vulgarissal alig téveszthetjük össze a varicellát, miután a pemphigus-hólyagok nem maradnak lencsenagyságúak, hanem csakhamar megnövekszenek mogyoró, egész diónyi nagyságig, másrészről pemphigusnál a hólyagok nem beszáradnak, hanem megpattannak és lehámlanak.

Vaccina.

Humanizált állati lymphának a köztakaróba való beoltása után helyileg elváltozások lépnek fel, és pedig az oltott helyen a beoltás után harmadnapra kis pirosas göbcse keletkezik, melynek a tetején a 4—5-ik napra tiszta bennéket tartalmazó hólyagocska fejlődik. A 8-ik napra a hólyagocska még inkább megnagyobbodik, piros udvart kap s előttünk áll a teljesen kifejlődött vaccina. Már az 5—6-ik naptól kezdve kísérik a vaccinát mérsékelt lázak, nyugtalanság, a mely tünetek a hólyagbennéknek a megzavarodásával, tehát a 8—9-ik napon még fokozódhatnak. Ezután a hólyagocska lassankint beszárad, vastag pörk képződik, mialatt az általános tünetek már visszafejlődnek s a pörknek a leesése után 2—3 hét mulva mérsékelt heg jelzi a vaccinának a helyét.

Nem hevenyfertőzésen alapuló bőrbetegségek.

A bőrnek pirosságával járó megbetegedések. Ide tartoznak: az erythemák.

Változatos alakban fordulnak elő, de jellegük többnyire, hogy gyorsan lépnek fel és tűnnek el. Kisebb vagy

nagyobb vörös pontok vagy foltok által képeztetnek, melyek nyomásra eltűnnek. Localisak vagy az egész köztakaróra kiterjednek. A nyákhártyákat érintetlen hagyják.

Az erythema papulatum és punctiforme-ről már fentebb volt szó.

(Rövidesen említjük csak az intertrigot, mely különösen elhanyagoltabb gyermekeknél gyakran együtt található erythemával. Ott szokott előfordulni, hol bőrfelületek szorosan érintkeznek egymással. Legkedvenczebb helyei az intertrigónak, a glutaealis, scrotalis és inguinalis tájék, a nyak s hónaljak. Dyspepsiák igen kedvezően befolyásolják s épen ezért ennek az elhanyagolása esetén igen kiterjedt alakot vehet fel.)

A csalánkiütés, urticaria és az erythema exsudativum multiforme. Az elsőre a kínzó viszketésen kívül a halványvörös foltoknak a tetején keletkezett laposas fehéres kiemelkedések, az utóbbira, a mint a neve is mutatja, a polymorphismuson kívül különösen az élénk rózsaszín jellegzetes.

Olykor erythema exsud. mult.-val együttesen, de sokszor magában fordul elő az erythema nodosum. Mogyoró-, egész galambtojás nagyságú csomók, melyek a bőralatti kötőszövetnek lobos infiltratióján alapulnak. Legkedvenczebb helye az alszáraknak a mellső része, a hol a tibia mellső éle fölött symmetrice helyeződnek el, vagy magányosan maradnak vagy számos, de rendesen kisebb infiltratio lép fel s az egész alszárra, de még fel a törzsre is terjedhetnek. A felső végtagokon ritkán fordulnak elő. A csomók a bőr niveau-ja fölé kissé kiemelkednek, kékes-vörös színűek, nyomásra, de olykor spontan is fájdalmasak.

A kitörést úgy itt, mint az erythema exsud. mult.-nál gyakran rheumat. fájdalmak s láz előzik meg. A csomók néhány, esetleg több nap alatt csekély pigment hátrahagyásával eltűnnek.

Az atrophiás gyermekeknél első sorban fejlődik azon kórkép, melyet furunculosis-nak nevezünk, s mely abban áll, hogy a bőralatti kötőszövetben körülírt lob lép fel, mely genyedéshez vezet. Vannak esetek (paedatrophia), midőn csak néhány furunculus lép fel, a melyeknek a meggyógyulása után ismét egy csoport furunculus képződik s a dolog végre is gyógyulással végződik; vannak azonban esetek, midőn százával lépnek fel a furunculusok, s majdnem az egész köztakarót ellepik s a gyermek elhal, vagy kimerülés, esetleg sepsis folytán. — A bőralatti kötőszövetnek heveny lobja phlegmone a felnőttekétől semmiben sem különbözik.

Hátra van még, hogy az újszülötteknek az erysipelasa-ról néhány szóval megemlékezzünk. Ez két alakban fordulhat elő: 1. vagy mint sepsisnek, köldök-infectionak részjelensége, a mikor az erysipelas legtöbbnyire a köldökből kiindulva terjed tovább, vagy 2. nem köldök-infectióból indul ki a fertőzés. Mindkét esetben a characteristikus tüneteket, tehát magas lázat, élesen elhatárolt pírt, fájdalmat mutatnak s mindkettő megegyezik abban, hogy prognosisuk rossz.

A most tárgyalt erythemáknak az összecserélése egyéb kiütéses betegségekkel, vagy egymással nincs kizárva. Így az erythema papulosúm, punctiforme, morbilli, ill. scarlatinához sokszor nagyon hasonlók, ezekre nézve a már fentebb mondottakra utalunk.

Az intertrigonak erysipelással való összecserélése ellen védenek a következő körülmények: intertrigo nem acut lázas bántalom, a bőr nem tömött s élesen elhatárolt szélekkel a bőrpír nem bir. Fontos még az erythema nodosumnak a periostitis traumaticától, illetve gumma syphiliticum-tól való éles elkülönítése. A többnyire symmetrikus elhelyeződése az eryth. nodosum-nak s az előrement traumának a hiánya, az acut kezdet, luetikus tünetek és luetikus anamnesis hiánya kizárják az említett két kóralakot, ellenben biztosítják az erythema nodosumnak a diagnosisát.

Pörk-képződéssel járó bőrbajok.

Mint a leggyakrabban előfordulót, első sorban az izzagot, eczema acut.-t említjük:

Az acut. eczemánál 6 stadiumot különböztetünk meg: 1. stad. erythematosum, a midőn a bőrön elpirosodás, olykor csekély oedema is észlelhető. 2. stad. papulosumban a piros alapon apró kis csúcsos kiemelkedések képződnek, a melyek csakhamar hólyagcsákká alakulnak át, midőn kifejlődött a 3-ik stadium a stad. vesiculosum.

A 2-ik és 3-ik stadiumnak kifejlődése 24—48 óránál nem szokott tovább tartani. Ezután a hólyagcsák megpattannak és erősen nedvedzenek, a mikor is már a 4-ikről, a stad. madidans vagy rubrumról beszélhetünk. Ha a megpattant hólyagocskák a genyfejlesztők folytán elgenyednek, létrejött az 5-ik, vagyis a stad. impetiginosum, a mely után végre a 6-ik stadium, a stad. squammosum következik, vagyis a (bőr) regeneratio stadiuma.

Az eczema már az 1-ső stadiumában is erősen viszket, a további kifejlés alatt azonban a viszketés még

erősebben fokozódik s magaslatát a 4-ik s 5-ik stadiumban éri el. A viszketés különösen éjjel erősen fokozódik úgy, hogy nem ritkán reggel az erős vakaródzástól egész véresen ébred fel a beteg. Az eczemát localis izgalmak hozzák létre, legyenek azok akár mechanikus, chemikus vagy thermikusak.

Alig tekinthetők külön bántalomnak az impetigo és ecthyma. Impetigo-nak nevezünk nagyobb genypustulát, míg a hasonló kinézésű, de a coriumnak mélyebb részébe terjedő pustulát, infiltrált szélekkel ecthymának hívjuk.

Az Impetigo contagiosa, különösen a gyermekkorban epidemice szokott fellépni. Kedvencz helye az arcz. A bántalmat olykor csekély láz, levertség előzi meg, aztán csakhamar apró kis csomócskák képződnek, melyek nagyon hamar tiszta bennékű hólyagcsákká fejlődnek. A hólyagcsák izolálva maradnak, 4–5 nap múlva elérik legnagyobb fejlettségüket s ekkor körülbelűl fillérnyi nagyok. A hólyagcsák bennéke később megzavarosodik, sőt el is genyed, majd a hólyag felpattan s képződik minden egyes hólyagnak megfelelőleg egy-egy sárgás-zöldes pörk. Ezen pörkök 1—2 nap alatt leesnek s alattok marad egy pirosas folt. A pörkök alatt tehát fekélyek nincsenek, csak nagyon lazán űlnek az alapjukon. Tilbury Fox szerint mintha csak fel volnának ragasztva; körömmel igen könnyen eltávolíthatók. Az impetigo contagiosa épen az által jellegeztetik, hogy az egész folyamat nagyon felületes. A pörkök leesése után a folyamat gyógyul.

A hólyagfejlődés stadiumában a varicellával lehetne összetéveszteni az impetigo contagiosát, annyival inkább, mert mindkettő epidemice is előjöhet, utóbbinál azon-

ban hiányzik a hólyagcsát körülvevő piros udvar, a mi varicellánál mindig meg van, e mellett az impetigo cont. rendszerint körülírtabb, míg a varicella az egész testre kiterjed.

Az eczemától részint a bántalomnak a felületessége is már elég élesen elkülöníti, másrészt az eczema mindig polymorph jelleget mutat, vagyis a stad. erythematosum mellett a stad. vesiculosumot s a stad. impetiginosumot, sőt nem ritkán a stad. squammosumot is egyszerre látjuk.

Egy másik, különösen a hajas fejbőrre szorítkozó, vastag pörköket mutató bántalom a favus, bár a testnek egyéb részein is előjöhet. A favusgomba, az Achorion Schönleini-i által okoztatik. Contagiosus. A fejbőrbe benyomul a gomba s a hajhagyma körül tenyészik. A hajszál körül aztán egy gombostűfőnyi, kénsárga, középi részén besüppedt, szélével kissé kiemelkedő, pörkscutulum, fejlődik, a mely egy hajszál által keresztül van fúrva. A scutulum idővel nagyobbodik, fillérnyi nagyságot ér el, míg végre a szomszéd, szintén megnagyobbodott scutulumokkal összefolyik, úgy hogy végre az egész fejbőr kénsárga, törékeny pörkkel van fedve. A pörköknek az eltávolítása után kissé nedvező felületet találunk.

A haj a betegségnek későbbi stadiumában atrophizál, fénytelen, törékeny s könnyen kihúzhatóvá válik és a scutulum által felemelt s szertemállott epidermis miatt úgy néz ki, mintha be volna porozva. Emellett sajátságos, némileg az egér-szagra emlékeztető szagot is érezhetünk a pörkök közelében. A gombák később benyomúlnak magába a hajszálba is és ott, valamint a scutulumban is megtalálhatjuk górcsői vizsgálatnál, ha 10%-os kali-lúgoldattal kezeljük.

A favusnak érintett tünetei annyira charakteristikusak, hogy eczemától, melylyel esetleg összetéveszthető, elég könnyen elkülöníthető.

Sokkal csekélyebb pörkképződéssel jár s a köztakarón fordúl elő, a hajas fejbőrt kivéve a rüh, scabies. A rühatka az Acarus scabiei által okoztatik. A scabiesre jellegzők a járatok, melyek majd egyenes, majd görbített vonal alakjában futnak. Legkönnyebben a prurigoval lehetne felcserélni a scabiest, a differential-diagnosisról majd a prurigo tárgyalásánál lesz szó.

Göbcsésedéssel járó bőrbántalmak.

Göbcsék képzése által jellegeztetnek, a melyek részint a bőr felett, részint alatta vannak. Többnyire chronikus jellegűek.

A legkifejezettebb göbcsésedést a lichen ruber planus-nál s lichen scrophulosorum-nál találjuk. Az előbbinél rendes bőrszínű vagy olykor kissé pigmentált alapon, tenyérnyi terjedelemben, egymás mellé sürűn elhelyezett, kölesnyi, gömbölyű vagy sokszegletű, viaszfényű, kemény tapintatú, göbcsék lépnek fel, a melyek tetejükön csekély hámlást s behúzódást mutatnak s mérsékelt viszketést okoznak. Peripherice terjednek tovább új göbcsék fellépése által, mialatt a régi göbcsék pigment hátrahagyásával eltűnnek. Nem gyakori betegség. Jellegzetes a lichen göbcsékre, hogy azok sem pustulákká vagy hólyagcsákká át nem változnak, hanem mint göbcsék tűnnek el.

A lichen scrophulosorum különösen gyenge, tbc-tikus vagy scrophulotikus gyermekeknél szokott fellépni s az által jellegeztetik, hogy a göbcsék isoláltak egymástól, még ha csoportokban lépnek is fel, az egyes

göbcsék közt levő bőr rendes színű. A göbcsék valamivel nagyobbak, mint a lichen ruber planusnál, barnásvörösek, tetejükön hámlást mutatnak. Ne téveszszük össze a most tárgyaltakkal a lichen strophulus-t, mely 6—10 hónapos csecsemőknél elég gyakori. A gombostűfőnyi, áttetsző göbcsék leginkább a kezeken és lábakon localisálódnak, mérsékelt viszketést okoznak s 1—2 heti fennállás után nyomtalanul eltűnnek.

Egy másik, a korai gyermekkorban fellépő, göbcsésedést mutató betegség, a viszketeg, prurigo mitis. Többnyire jól táplált gyermekeknél találjuk. A bántalmat rendesen urticaria vezeti be. Ezen urticariára jellegző a makacsság; leginkább az első életév végén, vagy a második elején fejlődik, elmúlik, ismét fellép, míg végre a 2-ik életév végén, vagy a 3-ik elején (néha előbb) az epidermis alatt apró csomócskák keletkeznek. Az alsó végtagoknak a feszítő oldala legkedvenczebb helye a csomócskáknak, a hol az első időszakban nem annyira látjuk, mint tapintjuk őket. Különösen jól érezhetők, ha ujjunkat ezen helyeken végighúzzuk.

A viszketés azonban már ezen időben, sőt már az urticariaképződés szakában olyan nagyfokú, hogy a szülőknek a panaszát gyakran csak ez képezi.

Az erős vakarás folytán az egyes göbcséknek megfelelőleg egy-egy kis pörk is képződik a köztakarón, e mellett az inguinalis és hónaljmirigyeknek kisebb-nagyobbfokú infiltratiója is észlelhető. A bántalom makacs, nyáron javul, télen azonban könnyen exacerbál, olykor megfordítva; véglegesen csak a serdülőkorban szokott elmulni. Újabb nézet szerint nem egyéb, mint a scrophulosisnak egyik tünete.

A bőr fölé erősen kiemelkedő göbcséket látunk a molluscum contagiosum-nál. A kórképet az képezi, hogy a normális köztakarón, kölesnyi egész borsónyi, halvány rózsa-színű, gyöngyház-fényű, élesen körülírt, tömött tapintatú göbcsék képződnek, melyeknek tetején mérsékelt besüppedés látszik. Ha a göbcsére nyomást gyakorolunk, akkor a besüppedésen keresztül faggyúszerű anyagot szoríthatunk ki. Ezen faggyúszerű anyagban, a molluscum contagiosumra jellegzetes, fénylő testecseket, az úgynevezett Patterson-féle testecseket láthatjuk górcső alatt. A molluscum contagiosum előjöhet az arczon, nyakon stb., de leginkább az izgalomnak kitett helyeken szokott képződni, így különösen a genitaliák körül, a hol néha száz-számra találhatjuk. Nem viszket, nem fájdalmas.

Ha a molluscum contagiosum göbcsék még kicsinyek, hasonlók a milium-hoz. Azon az alapon azonban, hogy a miliumnál hiányzik a középi behúzódás, már macroskopice is differentirozhatjuk. Microskopice pedig a Patterson-féle testecsek kimutatása által.

A közönséges szemölcs, verucca, ugyan szintén élesen kiemelkedik a köztakaró felett, de hiányzik a tetején a behúzódás, sokkal tömöttebb tapintatú, mint a molluscum contagiosum s belsejéből nyomásra semmi sem ürül.

A hegyes függölyök, condylomata accuminata, valamely izgalom következtében jönnek létre rendszerint az ivarszervek környékén. Kifejlett állapotukban jellemző ezen condylomákra a carfiol-szerű alak, melyet az apró condylomáknak egész tömege alkot. Ezen carfiol-szerű alakok rendszerint sűrűn egymásmellé helyezkedve

az ivarszerveknek egész környékét elfoglalják, igen tömött tapintatúak, nem fájdalmasak. Ha, különösen leánygyermekeknél a húgycső-nyílás körül nagyobb tömegekben képződnek, a vizelést akadályozhatják, valamint a defaecatiót is fájdalmassá tehetik.

Végre azon okból, hogy a közönséges bőrfarkas, a lupus vulgaris-nak a fejlődése, legalább a kezdeti stádiumában, ugyancsak göbcsékkel kezdődik, idesorolhatjuk azt is. Előjöhet az egész köztakarón, sőt a nyákhártyákon is, de a legkedvenczebb helye az arcz és orr. A második életév előtt nem szokott kezdődni, leggyakrabban a pubertás idejében lép fel. Kezdetét gombostűfőnyi egész kávészemnyi infiltratumok, göbcsék jelzik a bőr alatt, a melyek eleinte inkább csak tapinthatók, mint láthatók és melyek felett a bőr vékony, fénylő. A göbcsék későbben növekednek, kiemelkednek a bőr niveau-ja fölé, (lupus hypertrophikus) majd kifekélyesednek (lupus exulcerans). A fekélyek inkább felületesek, nyomásra csak kevéssé érzékenyek, vastag pörkkel fedettek, a melyek alatt a fekélynek az alapján, vagy szélén ugyancsak megtaláljuk az említett göbcséket.

A göbcséknek a növekedése általában nagyon lassú. Rendesen hónapok tellenek el, a míg a göbcseképződés s kifekélyesedés tart.

A luposus fekélyződéseket leginkább luessel lehetne összetéveszteni. Bár luesnél az anamnesis, egyéb luetikus tünetek, a folyamatnak a gyorsabb fejlődése, élénk ellentétben állnak a nagyon lassú fejlődésű lupussal, azért mégis nagy figyelemmel kell lennünk, különösen a fekélyeknek az alapján és szélén elég nagyszámmal elhelyezett lupus göbcsékre, a melyek a bőrfarkas diagnosisát biztosítják.

Pigment-lerakodással járó bőrbántalmak.

Nem említve a localis, foltokban jelentkező pigment-lerakodást, a következők tartoznak ide: a morbilli utáni pigment-foltok, ezekről a morbilli tárgyalásánál már megemlékeztünk.

Felületes megtekintésnél, hasonlít a morbilli utáni pigment-foltokhoz, a pityriasis versicolor, ha az egyes foltok egymástól elkülönítve állanak. A pityriasis versicolort egy parasita, a mikrosporon furfur, okozza, mely elég gyorsan szaporodik s a köztakarón lencsényi egész tenyérnyi, világos sárgás-barna foltokat hoz létre. Az egyes foltok között a bőr ép. Néha azonban az egyes foltok összefolynak s majdnem az egész törzs egynemű halványsárgás-barna folt által van fedve. Csekély viszketést okoz. Ha kaparjuk az egyes foltokat, azok kissé hámlanak, ha a lekapart részleteket 10%-os kali-lúggal kezeljük, microskop alatt a parasitákat is megtalálhatjuk. Épen ezen két tünet, tudniillik a hámlás s parasita jelenléte, különbözteti meg a morbilli utáni pigment-foltoktól, ha nem is említjük az anamnesist.

Idetartozik még két, a kora gyermekkorban előjövő bántalom. Az egyik az urticaria pigmentosa. Kezdetét közönséges urticaria fejlődése jelzi, a melynek az eltűnése után a köztakarón barnás-sárga pigment-foltok maradnak vissza. Az urticaria azután bizonyos idő elteltével újra fellép ugyanazon helyeken és ismét eltűnve, a pigment-foltok még sötétebbre színeződnek. Az urticaria így gyakran ismétlődhet, véglegesen a serdülőkorban szokott elmaradni, de a pigment-foltok állandósulnak.

A másik sokkal ritkább bántalom, mely ugyancsak az 1—2-ik életévben kezdődik, a xeroderma pigmentosum. Ennek a prognosia komoly. Pigment foltok fellépése vezeti be a bántalmat, azokon a helyeken, a melyeket ruha nem fed, tehát arcz és kezeken. A foltok kölesnyiek, lencsényiek, eleinte sárgák, későbben azonban megbarnulnak, egész a fekete színig. Fájdalmat nem okoznak, csak minimális viszketést s csekély korpádzást. Jellegzetes rájok még, hogy a pigment-foltok közti bőr nem rendes, hanem atrophizált, feszes pergament-tapintatú, ránczba nem szedhető, a mi által a szemeken gyakran ectropium keletkezik. Később a pigment-foltok az egész testre kiterjednek s a bőrnek az atrophiája folytán rhagadok, a száj- és orrnyílásoknak a megszűkülése idéztetik elő. Körülbelül a 4—5-ik életévben az egyes pigment-foltok sötéten színezett szemölcsszerű képletekké változnak át, a melyek mint igen rossz indulatú képletek (melanosarcoma) siettetik az exitust. Az utóbb tárgyalt két kórforma, tekintve az anamnesist annyira charakteristikus, hogy tévedésekre alig adnak okot.

Hólyagképződéssel járó bőrbajok.

Teljesen jó közérzet mellett magánosan, vagy csoportokban jelentkező hólyagszerű képletek fellépése által jellegeztetnek, a melyek bizonyos idő mulva megpattannak, beszáradnak s vagy nyomtalanul, vagy csekély pigmentfolt, esetleg mérsékelt heg hátrahagyásával eltűnnek.

Idesorolhatjuk: a Pemphigus-t, melynél a rendesen magányosan fellépő víztiszta bennéket tartalmazó hólyagok, borsónyi, egész gyermek ökölnyi nagyságot érhetnek el.

Különösen érdekel minket a pemphigus acutus neonatorum és pemphigus syphilitikus. Az első rendesen jól fejlett egészséges gyermekeknél lép fel az életnek első, esetleg második hetében. A tiszta bennékű hólyagok, a tenyereket és talpakat kivéve az egész köztakaróra elterjedhetnek.

A pemphigus syphilitikus épen a tenyereket és a talpakat támadja meg első sorban. A hólyagok borsónyiak, babnyiak, tartalmuk azonnal zavaros vagy genyes. Fejlődhetnek úgy az első napokban vagy első hetekben, de az újszülöttek világra is hozhatják. Utóbbi esetben egyéb tünet nélkül is joggal tehetjük a diagnosist veleszületett luesre. A pemphigus simplex kezdeti stadiumában, a míg a hólyagok dissemináltak, kis hasonlóságot mutat a varicellával. Míg azonban pemphigusnál a hólyagok azonnal mint ilyenek jelennek meg, a varicella hólyagokat először piros foltok, illetve kiemelkedések előzik meg, továbbá a varicella-hólyagok piros udvarral birnak, míg pemphigusnál ez hiányzik. Az eczema vesiculosumot pedig a polymorphismus, mely az eczemának a sajátja — teljesen megkülönbözteti a pemphigustól.

A sömör, herpes, hólyagcsáknak a fellépése, lefolyása semmiben sem tér el a felnőtteknél tapasztaltaktól, ezért ezt külön nem tárgyaljuk. Csak azt akarjuk megjegyezni, hogy a herpes néha diagnostikus fontosságú lehet, így különösen négy kórkép van, a melyek mellett herpes (rendszerint az ajkon) gyakran előfordúl: pneum. crouposa, tonsillit. follicularis, cat. ventriculi és meningitis cerebro-spinalis. Adott esetekben tehát döntő differentiális tünet lehet például meningit. bas. tbc. és pneum. crouposa cephalica között.

Miután a kezdeti stadiumában szintén hólyagcsákat mutat, ide sorolhatjuk a herpes tonsurans-t is, a mely bántalom a trichophyton tonsurans nevű gomba által okoztatik. Megkülönböztetjük ezen betegséget a szerint, a mint a hajas fejbőrön fordúl elő, vagy pedig hajjal nem borított helyeken, tehát a törzsön és végtagokon.

A hajas fejbőrön a gomba fillérnyi, majd később ezüst forintnyi s még nagyobb szabálytalan köralakú foltokban jelentkezik, a melyeknek a széli, kissé emelkedettebb részein, számos egymás mellé helyezett apró hólyagcsa látható. A hólyagcsák csakhamar megpattannak s igen apró pikkelyekben hámlanak. A folt egész terülétén található hajszálak szárazak, többnyire letöredezettek, fénytelenek. A köralakú foltok nagyobbodása mindig apró hólyagcsa csoportoknak körkörös fellépésével történik.

A másik alakja a herpes tonsurans maculosus et squammosus, hajjal nem fedett részeken jön elő. Az eruptiónak a széli, kissé kiemelkedő részeit, hólyagocskák, vagy az ezekből már fejlődött pörkök képezik. A körök aztán gyorsan megnövekedhetnek vagy egyszerre több helyen léphetnek fel. Peripherice újabb hólyagcsák fellépte által növekednek. A köröknek a közepe itt se mutat eltérést, mint a hajzatos bőrön jelentkező herpes tonsuransnál, de ha az egyes köröket, különösen távolról tekintjük, akkor a kissé kiemelkedő széli részek barnás-vörösnek látszanak. A betegség elég könnyen átvihető.

A diagnosis különösen az első stadiumban, a mikor még hólyagcsák is láthatók, nagyon könnyű; tévedések alig jöhetnek létre. Később azonban esetleg eczema squammosum-mal lehet összetéveszteni. Az anamnesis

rendesen elegendő a helyes diagnosisra, ha nem, akkor kali-lúg 10% old. vizsgáljuk a lekapart pikkelyeket trichophyton tonsuransra.

Nagyfokú hámlással járó bőrbajok.

Részben congenitalisok, részben szerzettek. Ide tartoznak: az Ichthyosis congenita. Az egész test száraz pergamentszerű, sárgás-barna bőrrel van fedve, a melyen egyes mélyreható repedések látszanak. Azt a benyomást kapjuk az ily bőrről, mintha az a foetus növekedése alkalmával szűk lett volna s mely azután e miatt elszakadt, a mint Bohn mondja. A hasadékokból olykor genyes váladék ürül. A köztakarónak ilyen feszülése következtében nagyfokú torzulások keletkezhetnek a természetes nyílások körül. A szemeken ectropium. A száj- s orrnyílások, anus, olykor szűkítettek, olykor szokatlanul tágak. A füljárat elszarusodott epidermissel van kitöltve, a kagyló, valamint a helix és antihelix a rendes állásukból elvongáltak. Azonkívül a végtagokon is rendesen észlelhetők egyes deformitások. Az ilyen újszülöttek rendesen elhalnak az élet első napjaiban, voltak azonban már esetek, a mikor pár évig is elsínylődtek, de végre az erősen megnehezített tápfelvétel következtében mentek tönkre.

A nem veleszületett ichthyosis, az ichthyosis simplex a második életév előtt nem szokott kezdődni s a következő években fokozódni szokott, egész a pubertásig. Különösen a végtagoknak a feszítő oldalain kifejezett a hámlás. Legkifejezettebb a térd és könyök tájon. A hámló felület tapintásnál száraz, durva, reszelőszerűnek érezhető. Maguk a lehámló részecskék piszkos-zöldes-barnásan színezettek, a mely szín semmiféle mosásra

el nem tűnik. Néha a hámlás csak egész localisan fordul elő, gyakrabban nagy kiterjedésben. Közérzet különben teljesen jó, olykor erősebb viszketést okoz s csekély feszülési érzetet. A prognosis annyiban kedvezőtlen, a mennyiben a bántalom rendesen megmarad az élet végéig.

Kifejezett ichthyosis az első pillanatban scarlatina utáni hámláshoz hasonlít, a tévedéstől azonban úgy az anamnesis, mint a localisatio óvnak bennünket, mert a tenyereken és talpakon nincs hámlás ichthyosisnál, a scarlatina utáni hámlás pedig ezen helyeken intensiv szokott lenni.

Nem hagyhatjuk említés nélkül, hogy különösen elhanyagolt, hosszú időn át nem fürdött gyermekeknél szintén észlelhetjük a bőrnek ezen intensiv hámlását, valamint a hosszas betegségek által elsatnyult betegeknek az intensiv hámlása is ismeretes pityriasis tabescentium név alatt.

Egy további igen élénk hámlással járó bőrbaj, mely újszülötteknél észlelhető, a dermatitis exfoliativa neonatorum. Gyakran epidemice fordul elő. Az első élethét vége előtt s a harmadik élethét után nem szokott fellépni. A fejlődésében is bizonyos sorrendet láthatunk, ugyanis az arczon, az áll körül a bőr elpirosodik, ezzel együtt a szájzugokban s az ajkak körül rhagadok, fissurák keletkeznek, a melyek csakhamar lazán felrakott pörkökkel vannak fedve. A bőrpír eközben tovább terjed lefelé s csakhamar az egész testen elterjed. Mielőtt azonban az alsó végtagokra leterjedne, megkezdődik először az állon, azután a lentebbi részeken a hámlás, mely a bőrpirnak az intensitásától függőleg gyengébb vagy erősebb szokott lenni. A hámlás bevégeztével a folyamat bevégződött,

mely $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ hétig szokott tartani. A közérzet az egész bántalom tartama alatt jó, csak néha észlelhető kisfokú bágyadtság. Daczára ennek teljesen veszélytelennek még sem mondhatjuk ezen dermatitist, mert vannak esetek, midőn a szájnyákhártya is erősen duzzadt, belövelt, fájdalmas és e miatt a táplálék felvétel nagyon meg van nehezítve.

A dermatit. exf. neonat. némileg hasonlít az erythema neonat. physiolog.-hoz, lényeges különbség van azonban közöttük, a mennyiben az erythema neonat. physiolog. után a hámlás az életnek az első napjaiban szokott előállani, igen kis pikkelyekben történik s néhány nap alatt bevégződik, míg a dermatit. exf. neonat. az első élethét vége előtt, illetve azután kezdődik, sokkal tovább tart és a lehámlás rendesen lamellosus.

Olykor erős hámlást látunk az öröklött bujakór, lues hereditaria mellett. Ritkább a törzsnek a hámlása, a midőn egész lamellákban hámlik le a felbőr, és ez többnyire újszülötteknél fordul elő, gyakoribb a tenyereknek és talpaknak a hámlása, a mint ezt az élet első hónapjaiban levő luetikus csecsemőknél tapasztalhatjuk. Jellemző ezen elég intensiv hámlásra, hogy a köztakarónak a többi részein nem fordul elő, csakis a tenyerekre és talpakra localisalódik. Ha ilyenkor az anamnesis után kutatunk, rendszerint meghalljuk az úgynevezett luetikus anamnesist azaz, hogy az anya több izben abortált, esetleg koraszülött gyermeke volt, míg a rendes időre szülöttnél mutatkoznak a luetikus symptomák.

A lues hereditarianak a tünetei rendszerint az élet 2—3-ik hónapjaiban szoktak mutatkozni. A legkoraibb tünet a szuszogó légzés (coryza luetica). Ehhez aztán

csakhamar csatlakoznak a többi luetikus symptomák, ezek: az arczbőr sajátságos fakó színt ölt, az ajkakon rhagadok keletkeznek, az orrgyök besüppedt, a szemöldökök táján sajátságos varr képződik (seborrhoea superciliorum). Ezen tünetekkel egyidejüleg a talpakon és tenyereken a bőr elvékonyodik, fénylik, majd utóbb elég nagy lamellákban lehámlik. Ezen helyeken még, de a végtagokon s részben a törzsön is a luesre jellegzetes viaszfényű, halvány-rózsaszínű, a középen kissé besüppedt, széleivel a bőr-színtje fölé kiemelkedő képleteket (papulák) is látunk. A papulákon kívül igen characteristikusak az elszórtan található rézbarna, kerekded, a bőrszíntje fölé ki nem emelkedő foltok (maculák). Ezen legmegszokottabb tünet-csoporthoz szegődnek olykor condylomás képződmények az anus és ivarszervek körül, (bár ezeket gyakrabban látjuk a gyermekkorban); továbbá az egyik vagy mindkét karnak a pseudoparalysise, a könyöktájon tapintható mérsékelt s kissé érzékeny duzzanattal (osteochondritis luetica); a hangnak a kisfokú rekedtsége; az egyik, vagy mindkét kéz első vagy második újj perczeinek orsóalakú duzzanata (dactylitis luetica), s végre a tömöttebb tapintatú máj és lép.

Erős hámlást, illetőleg pikkely képződést találunk pikkelysömör, psoriasis vulgaris mellett.

A bántalom kisebb-nagyobb sötétvörös kerekded foltok vagy csomók alakjában lép fel, a melyeken ezüstfehér, egymásra többszörös sorban felrakodott pikkelyképződés látható.

Igen jellegzetes psoriasisra, hogy a lekapart pikkelyek után egy vagy több ponton vérzés lép fel. Legkedvenczebb helyei a könyök- és térdízületnek a feszítő oldalai, de

onnan az egész testre elterjedhet, sőt a hajas fejbőrre is s ott huzamos fennállás után a hajnak a kihullását is okozhatja. A psoriasis általában nem gyakori a gyermekkorban. Aetiologiája még homályos. Némelyek hereditarius befolyásnak tulajdonítják, mások neuropathikus alapon veszik fel.

A bőr keményedésével és oedemájával járó elváltozások.

Vagy önállóan lépnek fel, vagy mint secundaer elváltozások, előre ment betegségek után. Ilyenek a sclerema, mely olykor koraszülötteknél, gyakrabban profus hasmenések után szokott előfordulni. A hőmérsék mindkét esetben erősen csökkent. Jellemző az ilyen bőrre a merevség; ha a bőrt ugyanis ujjaink közé fogva felemeljük, a bőr úgy ránczosan marad bizonyos ideig, mintha meg volna fagyva. Scleremanak a jelentkezése, más betegségek mellett, a prognosist mindig komolylyá teszi.

Némelykor kissé hasonlít scleremához az erysipelas után visszamaradt oedemás köztakaró, melyet leggyakrabban az ivarszervek és has táján észlelhetünk csecsemőknél. Az előrement pir és lázak, a rendszerint kissé hámló köztakaró és a bántalom körülírt volta, teljesen elegendő támpontot nyujtanak a differential-diagnosisra.

Idetartozik továbbá a gyermekkorban olykor észlelhető sclerodermia, a mely jellegeztetik az által, hogy a bőr mindinkább elvékonyodik, keménynyé válik s az alapjához oly erősen tapad, hogy ránczba egyáltalán nem szedhető. A folyamat rendszerint localis marad, de kiterjedhet az egész köztakaróra is, rendkívül kellemetlen feszülési érzetet okozva.

A sclerodermiát, a scleremával lehetetlen összetéveszteni, ha a tüneteket szemmel tartjuk.

A bőrnek kiterjedtebb vagy körülírtabb oedemáját, hydraemia, látjuk részint kimerítőbb betegségek után, szívgyengeségnél, illetve a véredényrendszer falainak az elváltozásánál stb., a melyekről a későbbi fejezetekben bővebben lesz szó.

Apró vérkiömlésekkel járó bőr-elváltozások.

Elég gyakori kép a gyermekgyógyászatban. Leggyakoribb alakja: a purpura simplex, a midőn a köztakarón kölesnyi, lencsényi, kerekded vagy sokszögletű, élénk piros, ujjnyomásra el nem tűnő vér-ömlenyek keletkeznek; e mellett a közérzet jó, a beteg láztalan. Leginkább rosszul táplált gyermekeknél észlelhetjük. Ha ezen foltok mellett, még az ízületek is fájdalmasak, duzzadtak, akkor a kórképet purpura vagy peliosis-rheumatica-nak nevezzük. A purpurának még sulyosabb alakja azon kép, melyet purpura haemorrhagica-nak vagy morbus maculosus Werlhofii-nak nevezünk, melynél a bőrön a véres kiömlések még nagyobbak, kiterjedettebbek, e mellett az ínyekből, orrból, olykor a gyomorból, bélből és hólyagból is elég súlyos vérzés léphet fel. Mindezen esetekben a vérzések traumák nélkül, spontán fejlődnek.

Ezen, most tárgyalt kóralakkal ne tévesszük össze a gyermekkorban igen ritkán előforduló scorbut-ot, melynél a foghúson keletkezett súlyos fekélyződések s vérzések mellett, a köztakarón is látunk ugyan vérömlényeket, de e mellett a nagyfokú soványodás, gyorsan haladó vérszegénység s elesettség dominálják a kórképet s épen ezen tünetek különböztetik meg a Werlhof-féle kórtól. Ide sorolhatjuk, továbbá a haemophilia-t, a melyre

a hajlam veleszületett s melyre jellegzetes, hogy már csekély traumára is, igen kiterjedt bőralatti vérzések lépnek fel, továbbá, hogy kis sebzések (oltás, foghúzás stb.) alig csilapítható vérzést eredményezhetnek.

A leginkább csecsemőknél (4—18 hónap) előforduló Barlow-féle betegséget úgy rachitikus, mint nem angolkóros gyermekeknél is észlelték. Első tünetét a nagyfokú anaemia képezi, melyhez a végtagoknak nagyfokú fájdalmassága csatlakozik. Majd csakhamar jelentkeznek (különösen az alsó) végtagok diaphysisein a folyamatra jellegzetes orsóalakú duzzanatok (subperiostalis vérömlenyek), melyek felett a bőr fénylő, néha az ujjbenyomatot is megtartja s melyek igen fájdalmasok. Emellett a foghúson, conjunctivákon, de a köztakarón is vérzések mutatkozhatnak. A Barlow-féle kórra a gyorsan kifejlődő cachexia, az igen fájdalmas s duzzadt diaphysisek s a kifekélyesedett foghús annyira jellegzetesek, hogy a fentebb tárgyaltakkal alig téveszthetjük össze.

A huzamosabb betegségek végstadiumában fellépő purpura cachekticorum, legmegszokottabb helye a hát és has bőre. E helyeken a számos igen apró kékesvöröses pontokból alkotott vérzéses hely ugyanazon tulajdonságokat mutatja, minőket fentebb már említettünk.

Prognostikailag fontos ezen purpura, mert a közeli exitust jelzi.

Ezeken kívül előfordúlnak súlyosabb morbilli, scarlatina, variola stb. kapcsán, valamint a Winckel-féle s Buhl-féle betegség mellett fejlődött vérkiömlések a bőrön, a melyeket illetőleg a megfelelő fejezetekre utalunk.

II. A köztakaró színe által tér el a rendes bőr színétől:

ha halványabb, mint azt vérszegénységnél, anaemia, tapasztalhatjuk. Kétféle anaemiát különböztetünk meg általán *a*) a primär és *b*) secundaer anaemiát. Mindkettő előfordulhat úgy a csecsemő, mint a gyermekkorban. Úgy a primär, mint secundaer anaemia általános tünetei közül említendők, hogy a betegek izommunka végzésénél könnyen fáradnak, levert kedélyűek, ingerlékenyek, az emésztés rendszerint zavart, főfájásról, szédülésről, fülzúgásról panaszkodnak, e mellett a bőr és nyálkahártyák kisebb-nagyobbmérvben halaványak, és hogy a szív felett anaemias zörejeket hallhatunk (mind a négy hallgatódzási ponton egyenlő erős a zörej); a vérvizsgálat pedig a vérsejtek számának, valamint a haemoglobin tartalomnak a kisebb-nagyobbmérvű megcsökkenését mutatja.

Primär-nek mondjuk a vérszegénységet, ha semmi olyan kórfolyamatot ki nem mutathatunk a szervezetben, mely anaemiát szokott okozni; ezen esetben felvesszük, hogy a vérkészítő szervek működése nem tökéletes. Az anaemia több alakban fordulhat elő a gyermekeknél és pedig 1. anaemia simplex, névvel jelöljük azon vérszegénységet, a midőn a vörösvérsejtek száma megcsökken egész 3—3½ millióig (rendes körülmények között 5—5½ millió), a haemoglobin tartalom (mely normális állapotban 80—100%) leszáll 45—50%-ra, e mellett a fentebb említett nyák- és kötőhártya stb. tüneteket is észlelhetjük a betegnél. Anaemia simplexet okozhatnak rossz hygienikus viszonyok, rachitis, lues, onania, szellemi túlerőltetés, előrement profus vérzések stb.

Súlyosabb alakja a vérszegénységnek az anaemia splenica infantum, melynél a vörösvérsejtek

nagysága és alakja is megváltozik, poikilocytosis lép fel, a haemoglobin tartalom lecsökken egész 30—40%-ra; ezenkívül még a fehérvérsejtek száma is kezd növekedni egész 18—22 ezerig (normális állapotban 8—10 ezer köbcentiméterenkint). Ezen lelet mellett még a bőrt rendszerint viaszsárgának és a lépet erősen megnagyobbodottnak találjuk, (a bordaívet 2—3 ujjnyival meghaladja).

Még súlyosabb alakja azon kórkép, a melyet Jaksch-féle anaemia pseudo-leucaemia infantum, a csecsemők ál-fehérvérűségé-nek nevezünk, a mely épen úgy, mint az előbbeni kóralak, rendesen csak csecsemőknél vagy a kora gyermekkorban szokott előfordulni. A vérvizsgálat ezen bántalomnál a fehérvérsejtek nagyszámú megszaporodását mutatja, e mellett a vörösvérsejtek száma rendkívül megfogyott, de találunk igen sok maggal biró vörösvérsejtet is. A lép igen nagy, tömött, sokszor a köldökig vagy még lejjebb terjed. Az arcz viaszsárga, a kötőhártyák s ajkak rendkívül halaványak, a nyirkmirigyek, máj alig nagyobbodottak. A prognosis már rosszabb, mint az imént tárgyalt anaemiánál, bár a teljes felgyógyulás nem ritka.

A fehérvérűség, leucaemia úgy kisebb, mint nagyobb gyermekeknél előfordul. Chronicus lefolyású és rossz prognosist nyujtó betegség. Leucaemiánál az összes mirigyek, máj erősen megnagyobbodnak, de különösen a lép, mely nem ritkán a csipőcsont taréjáig leterjed. A legjellegzetesebb azonban, hogy a fehérvérsejtek rendkívül megszaporodtak, a vörösvérsejtek pedig erősen csökkentek. Diagnosisunkat az elősorolt tünetek mellett csak a megszaporodott eosinophil-sejteknek a fellelése biztosítja.

Végre idesoroljuk a későbbi gyermekkorban olykor előforduló előrehaladó vészes vérszegénység-et, anaemia perniciosa progressivá-t. A vérvizsgálat, rendkívül megfogyott vörösvérsejteket mutat; Kjellberg egy 5 éves gyermeknél 900,000—600,000-re sülyedve találta a vörösvérsejtek számát. A fehérvérsejtek ennek ellenében erősen megszaporodnak, és különösen jellegzetes ezen betegségre a kifejezett poikilocytosis. Igen rosszindulatú betegség; a mindinkább fokozódó gyengeség, halványság, emésztési zavarok és vérzések (úgy a bőrön, mint a belső szervekben) tünetei között megy tönkre a beteg. Oka homályos. Azon esetekben, midőn a folyamatot bélférgek (botriocephalus latus, ascaridák) idézik elő, a prognosis jobb.

A secundär anaemiá-t hosszasabb betegségek, mint tuberculosis, szívbajok, régebben fennálló genyedő folyamatok, emésztési zavarok stb. mellett látjuk fellépni; ezeknek a diagnostikáját illetőleg a megfelelő fejezetekre utalunk.

Halvány, illetőleg krétafehér arczszínt találunk nephritisnél, melynek sokszor ezen tünet képezi a legelső symptomáját; míg a gyermekkorban észlelhető halvány-fakó arczszín a malaria-cachexiára jellegzetes.

Lehet a bőr színe sárga. Leggyakrabban látjuk ezt az újszülöttek sárgaságá-nál, icterus neonatorum. A sárgaság az élet első napjaiban lép fel és teljesen jó közérzet és étvágy mellett néhány nap alatt elmúlik.

Sokkal súlyosabb azon sárgaság, melyet újszülöttek köldökinfectiója mellett tapasztalunk és melyet icterus septicá-nak is nevezünk. Ezen sárgaság a

septichaemiának egyik tünetét képezi, részint sokkal sötétebben is színeződött (icterus melas), mint az icterus neonatorum, másrészről a beteg közérzete is rossz, magas lázak és elesettség jelentkeznek, s az újszülött rendszerint néhány nap alatt tönkremegy.

Itt említjük az ugyancsak újszülötteknél igen ritkán előforduló W i n c k e l-féle, valamint a B u h l-féle betegséget, melyeknél szintén icterus észlelhető. (Ezen betegségekről bővebben szólunk a köldök bántalmainál.)

A gyermekkorban fejlődő icterusok közül a h u r u t o s s á r g a s á g-ot, i c t e r u s c a t a r r h a l i s-t, továbbá a c i r r h o s i s h e p a t i s és c i r r h o s i s hypertrophica mellett fejlődő icterusokat említjük, a melyeknek különzeti kórisméjét illetőleg a »májbetegségek« czímű fejezetünkre utalunk. Lehet a bőr színe k é k e s, c y a n o s i s, (a kékes színeződés tulajdonképen legjobban látható az ajkakon, kéz- és lábujjakon), a mint ezt szív- és tüdőbántalmaknál láthatjuk. A kékes színeződés arra mutat, hogy a vér élenytartalma megfogyott és szénsavval telített. Cyanosist látunk tehát nagy empyemáknál, szívbántalmaknál az incompensatió időszakában, bronchiolitisnél, nagyfokú légmellnél, súlyos pericarditis mellett, stb., a melyeknek differentiális diagnostikáját a következő fejezetekre utalunk. Rövid ideig tartó cyanosist észlelhetünk laryngospasmusnál, ellenben állandóan cyanoticus a gyermek veleszületett szívbaj mellett, a melynek gyakran az egyedüli tünetét képezi. (Lásd bővebben a szívbántalmaknál.)

Végre lehet a bőr b r o n z-színű, mint az Addison-kórnál. Utóbbi betegség a gyermekkorban elég ritkán fordul elő. Tüneteit illetőleg semmiben sem tér el a felnőtteknél ismeretes kórformától, azért külön nem tárgyaljuk.

A fejen előforduló elváltozások.

Normálisan fejlett újszülött fejkörfogata 35—36 cm., a 6-ik hónap végén 43 cm., az első év végén 46—47 cm.,

a 2-ik	»	»	47—48 »
a 3-ik	»	»	48 »
az 5-ik	»	»	50 »
a 10-ik	»	»	51 »

Ettől lényegesen kisebb fejkörfogat *kisfejűség*, *microcephalia*, lényegesen nagyobb fejkörfogat *nagyfejűség*, *macrocephalia* mellett szól.

A fejkörfogat mérése alkalmával mindig tekintettel legyünk a mell-körfogatra is, mely az első év végéig körülbelül megegyezik a fejkörfogattal; ezen idő után a mell erősebb fejlődésnek indul.

Mell-körfogat az 1-ső év végén 46—47 cm.,

a 3-ik	»	»	56 »
az 5-ik	»	»	60 »
a 10-ik	»	»	65 »

Koraszülött vagy gyengén fejlett csecsemőknél a nyakszirtcsont és a falcsontok egyesülésénél az első élet-hónapokban a csont puha, újjal könnyen benyomható, míg az úgynevezett *craniotabes* jelentkezésénél csak a 3—8. hónapokban szokott a jelzett csontoknak ezen elváltozása kifejlődni. A craniotabessel (mint a rachitis első symptomájával) egyidejűleg vagy röviddel utána kifejlődhetnek a fejcsontoknak egyéb rachitikus elváltozásai is, mint a megvastagodott homlok- és falcsont-dudorok, a nagy kutacsnak a hosszú ideig való nyitva maradása, (normális körülmények között a 14—15-ik

hónapokban záródik), a kopaszodó tarkótájék az erős fejizzadás következtében stb.

A nagy kutacs, normális állapotban, a fejtető niveauban fekszik, sirásnál kissé kidomborodik, de ha a kidomborodás sírás nélkül is állandó és nagyfokú, ez az agyban növekedett nyomás mellett szól, (különösen meningitisre jellegzetes), az erősen besüppedt nagy kutacs pedig collapsusnál, nagyobb nedvveszteségek után ugyancsak állandó tünet, a melyet leggyakrabban súlyos gyomorbélhurutok után látunk.



9. ábra. Cephal-haematoma.

Újszülötteknél a fejen különböző elváltozásokat találhatunk: lehet a fej assymetrikus, mely idővel teljesen kiegyenlítődhet, vagy találhatunk a fejen különböző daganatokat.

A leggyakoribb a fej-vérdaganat, cephalhaematoma, előidézve azon nyomástól, a mely a koponyát a medenczén való áthatolása közben éri. A nyomás folytán ugyanis vérzés támad a csont és csonthártya között és a kiömlött vér, kisebb-nagyobb daganatot képez. A cephal-haematoma rendszerint a jobb- vagy baloldali falcsonton keletkezik, gyermek- egész férfiökől nagyságú is lehet, e mellett rendes vagy kékesen áttetsző bőrszínnel fedett, nyomásra nem fájdalmas, fluctuál. Jellemző a fej-vérdaganatra, hogy a suturán túl sohasem terjed,

mivel a suturákon a csonthártya olyan erősen tapad, hogy azt a kiömlött vér nem emeli fel. (9. ábra.)

Ha a daganat pár napig fennállott, körülötte jól érezhető csont-sáncz képződik, a mely már a kezdődő regeneratiónak az első jelét képezi. Az újszülött közérzete különben teljesen jó marad a fej-vérdaganat mellett, a mely egyébiránt pár hét alatt nyom nélkül felszívódik.

A cephal-haematomától igen könnyen meg lehet különböztetni az ugyancsak újszülötteknél előjövő caput succedaneum-ot. Itt ugyanis mérsékeltebb lévén a szenvedett nyomás, nem a csonthártya alatt gyülemlik meg a vér, hanem a bőr alatti kötőszövetbe történik a véres savó kiömlése, vagyis nem egy circumscript daganat képződik, hanem csak egy elmosódott határú terime nagyobbodás, a melyre jellegzetes, hogy a suturákon túl is terjedhet, hogy nem fluctuál, hogy csont-sáncz nem képződik körülötte, s hogy az ujjbenyomatokat megtartja.

Már inkább össze lehetne téveszteni a cephal-haematomát valamely abscessussal, a mely a fejen keletkezett, bár ez egyrészről újszülötteknél igen ritkán észlelhető, másrészről az abscessus nyomásra fájdalmas, fokozatosan fejlődik, lázakat okoz; végső esetben a daganat punctiója eldönti a diagnózist.

A veleszületett agysérv, encephalocele-re jellegző, hogy ez a koponyának mindig olyan helyén keletkezik, a hol praeformált nyilás van, tehát az orrgyöknél, továbbá a nyakszirt és a falcsontok találkozásánál, ritkábban a nagy fontanella tájékán. Az agysérv különböző lehet a szerint, a mint vagy agyállomány esik elő, előidéztetve a hiányosabb csontfejlődés és növekedett koponya-

ürbeli nyomástól és ezt hívjuk encephalocele-nek, ha pedig az előesett tömlőben agyállomány nincs, csak folyadék, akkor hydromeningocele-nek nevezzük. A nagyságuk diónyi, egész férfiökölnyi lehet. Ha a csonthiány tág, akkor az agysérv széles alapon ül, de ha a csontdefectus kicsiny, akkor a daganat alapján kocsányos. Mindkét esetben ki lehet tapintani a csontnyílás széleit, a mely fontos a diagnózisra s e mellett fontos az encephalocelere, hogy pulsál, továbbá hogy a légzési mozgásokat is követi, míg a hydromeningocelere jellegzetes, hogy fluctuál, hogy világosság felé fordítva transparens, s hogy végre a folyadék enyhe nyomás mellett gyakran visszaszorítható a koponyaüregbe (utóbbi kisérlet olykor eclampsiát okoz). — (10. ábra.)



10. ábra. Hydromeningocele occipitalis.

A gerinczoszlopon is jöhetnek elő hasonló fejlődési rendellenességek. Zavart fejlődés következtében hasadék támadhat a gerinczoszlopon, mely egy vagy több csigolyára terjedhet ki. Ezen hasadék, rhachischisis felett a bőr rendszerint hiányzik, de hiányzanak a velőcsatornát borító összes képletek is, úgy, hogy csak a vékony area-medullovasculosával fedett gerinczagy és idegrostok ezen fedőrétegen keresztűl tűnnek. Ha a hasadékon át gerinczagy részletek is estek elő, akkor ezen helyen daganat is képződik: spina bifida, mely lehet kis almányi, egész gyermekfejnyi mekkoraságú. Alakja gömbölyded vagy hosszúkás, rendes vagy elvékonyodott bőrrel fedett, alapján a keskenyebb vagy szélesebb csont-defectus határait képező

csont-sánczok jól tapinthatók. A daganat gyakran fluctuál, miközben erősebb nyomásnál a nagy kutacs kidomborodik, sőt gyakran a csecsemőn az agynyomás tüneteit is észlelhetjük. A spina bifida leggyakrabban a gerinczoszlop nyaki és ágyéki részén szokott előfordulni.

Némileg hasonló ezen most tárgyalt kórképhez az ugyancsak congenitalis tumor sacralis. A kereszt, illetve fartájon látjuk ezen rendszerint férfiökölnyi, nagy gyermekfejnyi mekkoraságú, egyenetlen felületű, rendes vagy kifekélyesedett bőrrel fedett, széles alapú, ritkábban kocsányos daganatokat, melyek az által is különböznek a spina bifidától, hogy a gerincz-csatornával nem szoktak közlekedni. Ezen daganatok többnyire összetett dermoid-cysták, melyek a savón kívül sokszor még csont, izom, bőr, mirigy és ideg-szövetelemeket is tartalmazhatnak.

A fejen előforduló angiomákat, lipomát stb., a fentebbiek tekintetbe vételével nem nehéz felismernünk.

A bőrbetegségeket, mint eczemát, favust stb. illetőleg a megfelelő fejezetekre utalunk.

A nyak betegségei.

Lehetnek veleszületettek vagy szerzettek. A congenitálisok többnyire cystosus daganatok, a melyek között leggyakoribb a hygroma cysticum colli cong. Rendszerint a musc. sterno-cleido-mastoideus mellett, előtt vagy közvetlen mögötte találjuk a rendes bőrrel fedett, diónyi, olykor ökölnyi, nyomásra nem fájdalmas, fluctuáló duzzanatot, a melyből punctiónál elég tiszta, sárgás folyadék ürül.

A hygroma cysticumot alig lehet összetéveszteni a haematoma sterno-cleido-mastoidei-vel. Utóbbi nem congenitalis, hanem protrahált szülésnek a következménye. A sterno-cleido-mastoideus izomrostjainak a szakadása következtében vérzés áll elő, mely az izomban eltokolódik és kisebb-nagyobb daganatot képez.

A haematomát többnyire csak az első élethetekben veszik észre a szülők (vagy a daganatot nem is veszik észre, csak az általa okozott caput obstipum miatt keresik fel az orvost), a mikor is a musc. sterno-cleido-mastoideus valamely részén mogyorónyi, diónyi, az izom hosszában megnyúlt, tömött tapintatú, nem mozgatható, nem fájdalmas képletet találunk. Lehet, hogy az izom állományában több helyen is történt hasonló roncsolódás, akkor több kisebb daganatot észlelhetünk; kivételesen mindkét oldali sterno-cleido-mastoideusban találunk haematomát.

A csecsemő- és gyermekkorban a nyaki mirigyeknek a heveny megnagyobbodása rendes kísérő tünetét képezi a torok, száj, fejbőr stb. megbetegedésnek. E mellett észlelhetjük a nyaki nyirkmirigyeknek önálló heveny meglobosodását is, lymphadenitis acuta idiop. melynek az okát sokszor biztosan nem is lehet kimutatni. Az állszeglet alatt találjuk az eleinte diónyi nagyságú, mérsékeltebb vagy magasabb lázak által kísért s nyomásra fájdalmas daganatot, melynek határai elmosódottak s mely csakhamar erősebben megnövekedik s pár nap alatt vagy visszafejlődik, vagy a bőr felette megpirosodik és elgenyed.

Az acut lymphadenitistől úgy az aetiologiát, mint a lefolyást illetőleg különbözik az idült mirigymegnagyobbodás, lymphoma colli. Utóbbi inkább görvélyre hajlamos gyermekeknél lép fel, lassan, hetek, esetleg hónapok alatt növekszik, nyomásra nem, vagy csak igen kevéssé érzékeny, körülirt, mozgatható, (kivéve, ha több mirigy nagyobbodott meg). A lymphoma egyforma állapotban maradhat hosszú ideig, míg végre vagy eloszlik vagy lassan elgenyed s renyhén sarjadzó felülettel nehezen gyógyul.

Ne téveszszük össze a most tárgyalt mirigybetegségekkel a fültő-mirigylob-ot parotitis epidemicá-t, mely már a localisatiójára is különbözik a lymphadenitistől, a mennyiben a fültő-mirigylob pontosan a fültő-mirigy helyén keletkezik, tehát a fül előtt az arczon, míg a lymphadenitis, mindig a fül alatt, illetve az állszeglet alatt foglal helyet. Míg továbbá a parotitis mellett a közérzet alig zavart, a láz mérsékelt 38—38·5° C., addig a lymphadenitis magasabb lázakkal jár, fájdalmasabb s nagyfokú nyugtalanságot okoz. Egy másik különbség, hogy gyakran mindkét oldali parotis megnagyobbodik, míg a heveny lymphadenitisnél ez alig szokott előfordulni s végre a lymphadenitis sokszor genyedésbe megy át, a parotitisnél ez ritkaság, mert néhány nap alatt gyógyulni szokott.

Itt említjük a Pfeiffer által leírt úgynevezett mirigylázat, febris ganglionaris Pfeifferi-t. A szerző szerint a betegség, úgy a gyermek-, mint a csecsemőkorban is előfordul és a magas, 39—40·0°-os lázon kívül, különösen a nyaki s tarkótáji mirigymegnagyobbodások jellegzetesek e betegségre, a nyaknak egyidejű merevtartásával. Egyéb szervek különben, a csekély mérvben duzzadt lép s májon kívül eltérést nem mutatnak. A megnagyobbodott mirigyek elgenyedni nem szoktak. A folyamat lehet, hogy egy nap alatt visszafejlődik, néha 8—10 napig is elhúzódik, míg a lázaknak a megszüntét a megduzzadt mirigyeknek a visszafejlődése követi.

A nyak, illetőleg a fej ferde tartásának torticollis s. caput obstipum, több oka lehet. A leggyakoribb a nyakizmoknak a rheumatismusa. Miután többnyire az egyik oldali nyakizmokat támadja

meg a bántalom, a fejnek jobb- vagy baloldali tartása erősen kifejezett, a mely helyzetből való kitérítés igen fájdalmas a betegnek. A torticollison kívül a nyakizmokban időszakonkint jelentkező szúró, szaggató fájdalmak is sajátosságát képezik a rheumatikus izommegbetegedésnek. A mirigyek e mellett megnagyobbodva nincsenek, láz mérsékelt. A megbetegedett izmok már mérsékelt nyomásra is igen érzékenyek és épen ezen utóbbi jelenség, továbbá a megnagyobbodott mirigyeknek a hiánya, valamint az időszakonkint jelentkező szúró fájdalmak különböztetik meg a rheumatismus musculorum colli-t, a febris ganglionaris Pfeifferi-től.

Torticollist látunk továbbá olykor a nyaki mirigyeknek lobos megbetegedéseinél; retropharyngealis, lymphadenitis és abscessusnál stb., de mindezen esetekben a torticollis csak kisebb fokú.

Olykor torticollist, máskor merev, előreszegzett fejtartást látunk a nyaki gerinczcsigolyák lobjánál, spondylitis cervicalis-nál, mely nem egyéb, mint a csigolyáknak tuberculotikus megbetegedése. Előjöhet már csecsemőknél is, de az esetek többségében a második évtől kezdve észleljük. Oki mozzanatképen gyakran trauma szerepel, mely a tuberculotikus csontbántalmat megindítja. A spondylitis cervicalis-nak kezdeti tüneteit az éjjeli felsikoltások képezik, a melyekhez csakhamar a nyaknak merevtartása csatlakozik. A fájdalmak különösen akkor fokozódnak, ha a fejet valamely irányba akarjuk fordítani, mely míveletnek a gyermek az összes nyaki izmainak a megfeszítésével ellenszegül. Active sem mozgatja a beteg a fejét, a hátra- vagy oldaltnézés tehát csak a törzsnek az egyidejűleges fordításával

történik. E mellett a gyermek felkelésnél mindkét kezével támogatja a fejét, állásnál, vagy ülésnél, ugyancsak az erősebb rögzítés végett, mindkét kezét álla alá támasztja. A cariosus nyakcsigolyák helyén kifejlődő lordosis, illetőleg gibbus teljessé teszi a spondylitis cervicalis kórképét.

Végre torticollist okoz, valamelyik oldali m. sternocleido-mastoideus tényleges megrövidülése, a mint azt leggyakrabban haematomával kapcsolatban, vagy annak a felszivódása után keletkezett hegszövet zsugorodásánál látjuk. Idesorolhatjuk az igenlő görcsöt, spasmus nutans-t, mely nem egyéb, mint a m. sternocleido-mastoideusnak, illetőleg a fejforgató izmoknak a n. accessorius Willisiinek bántalmán alapuló görcsös összehúzódása.

Rendesen gyengébben fejlett rachitikus csecsemőknél, de ritkán nagyobb gyermekeknél is észleljük s abban áll, hogy a beteg a fejével folytonosan biczczent, vagy valamely oldalra forgó mozgást végez. A mozgások száma perczenkint 10—30 között ingadozhat. Néha a mozgásban résztvesz a felsőtest is. A fejnek mozgásai elég gyakran nystagmussal, ritkábban strabismussal vannak egybekötve, a mely tünetek vagy állandóan jelen vannak, vagy csak akkor jelentkeznek, különösen a nystagmus, ha a fejet erőszakkal rögzítjük. Álomban a mozgások szünetelnek. A spasmus nutans pár hét, vagy hónap alatt teljesen elmulik. Igen ritkán lehet észlelni központi megbetegedéseknél, kisagy-tumornál, valamint nyúltagy megbetegedéseknél is spasmus nutanst, melynek a prognosisa az alapbántalom természete szerint sokkal rosszabb.

A meningitisek folytán fejlődő retrovertált fejtartást a meningitisek kapcsán bővebben tárgyaljuk.

Végre vannak az úgynevezett megszokásból eredt torticollisok, ha ugyanis minden boncztani elváltozás nélkül, csupán rossz szokásból tartja valamely gyermek ferdén a fejét. Utóbbira jellegzetes, hogy a fej könnyen, fájdalom nélkül, a rendes tartásba hozható.

A légzőszervek bántalmai.

A felső légútak betegségei.

Az orr. Olykor az orrnak az alakjából is elég megbizható tüneteket nyerünk a diagnosishoz; így jól ismert luetikus symptoma úgy csecsemőknél, mint nagyobb gyermekeknél a besüppedt orrgyök. Duzzadt orr, vastag ajkakkal, erősebben megnagyobbodott nyaki mirigyekkel scrophulosis mellett szól. Úgy az orr, mint az orrbemenetek kedvencz helyei a különböző lobos bántalmaknak; az egyik sokszor okozója a másiknak. Az orrváladék gyakran excoriatiókat, illetve eczemát okoz az orrbemeneten, a melyből a huzamos fennállás alatt erysipelatosus megbetegedések fejlődhetnek.

Az orrjáratok-nak a lobos megbetegedése, coryza, jellegeztetik a bővebb váladék, az orrnyákhártyának megduzzadása és az ezek által előidézett akadályozott légzés által.

A csecsemőkorban a coryzának különösen három alakja szokott gyakrabban előfordulni: 1. coryza acuta, 2. coryza luetica és 3. coryza diphtheritica. Az elsőnél az orrjáratok híg bő nyálkával vannak eldugaszolva, mely néha az orron át való légzést teljesen felfüggeszti, annyira, hogy a csecsemő a száján át kénytelen légzeni. Ilyenkor a szopás jelentékenyen akadályozott,

miután a gyermek a bimbót minduntalan kénytelen elereszteni, hogy levegőt szívjon. Az ekkor bekövetkező mély inspiriumok a nyelvcsúcsát a garatürbe is sodorhatják, vagyis aspiratio linguae állhat elő, különösen olyankor, ha a csecsemő a nyelvét még tökéletlenül tudja beidegezni, (néhány hónapos korában).

A coryza acuta olykor láztalanúl, néha magasabb lázak kíséretében lép fel, 2—3 nap múlva a híg váladék gennyessé válik s a folyamat rendesen egy hét alatt lefolyik.

A coryza luetica a lues hereditariának sokszor legkoraibb symptomái közé tartozik. .A váladék savós, nyálkás, olykor véres, hajlamos beszáradni s a beszáradt pörkök, másrészről az orr-nyákhártyáján fejlődött condylomás elváltozások okozzák a veleszületett luesre jellegzetes szuszogó légzést.

A coryza diphtheritica csecsemőknél gyakoribb, mint felnőttebb gyermekeknél, sokszor a folyamat csakis az orrjáratokra marad localisálva, toroklelet nélkül.

Ilyenkor gyanús az orrból kifolyó bő, savós, genyesvéres váladék, a mely erős felmaródásokat szokott okozni az orrbemeneteken. Az imént említett két coryza alaktól, teljes biztossággal, csakis az orrjáratokban, illetve az orrsövényen fellelhető diphtheriás lepedéknek a jelenléte által, esetleg bacteriologikus vizsgálattal tudjuk megkülönböztetni.

A gyermekkorban is felléphet rhinitis acuta, vagy mint önálló bántalom, többnyire bronchitissel kapcsolatban, vagy mint résztünete valamely fejlődő betegségnek (morbillinél, a kezdeti stádiumban, influenzánál, stb.). Az idűlt rhinitis rendszerint rosszul fejlett, görvélyes

gyermekeknél szokott előfordulni. A majdnem állandóan fennálló bő savós váladék excoriált orrbemenetekkel, kipirosodott s megvastagodott orrszárnyakkal, beszüremkedett, fájdalmatlan nyaki mirigyekkel, halvány arczczal, torpid alkattal, igen jellegzetes rhinitis scrophulosára. Olykor az orrjáratokon inkább a fekélyződések lépnek előtérbe, a melyek gombostűfejnyi, egész borsónyiak, genyes váladékkal fedettek, (rhinitis ulcerosa).

Az idült rhinitis az orrnyákhártyának a lobos megduzzadását is okozhatja, annyira, hogy az orron át való légzés a megvastagodott és fellazult nyákhártya által majdnem teljesen fel van függesztve (gyakori alapoka ennek az orr-garatürben székelő adenoid-vegetatio, a melyről később lesz szó).

Orrtükörrel, ilyen esetekben, majdnem lehetetlen az orrjáratokat átvilágitani, az orrkagylóknak megduzzadt nyákhártyája majdnem összeér az orrsövénynyel. Az ilyen r h i n i t i s h y p e r t r o p h i c a-nál észlelhető elváltozásnak épen az ellenkezőjét láthatjuk r h i n i t i s a t r o p h i c á-nál, o z a e n a, a melyre a rendkívül intensiv bűzön és a nagymérvű pörk képződésen kívül épen az jellegzetes, hogy az orrjáratoknak a nyákhártyája olyfokú sorvadást mutat, miszerint orrtükörrel a hátsó garatfalat igen könnyen megláthatjuk az orrszárnyaknak már mérsékelt tágításánál is.

Az ozaena legtöbbször scrophulotikus gyermekeknél, idűlt nátha után fejlődik, de olykor a tuberculosisnak és a syphilisnek is képezheti a részjelenségét. Olykor az ozaenával fel lehetne cserélni a huzamos ideig az orrjáratban székelő i d e g e n t e s t e t, a mennyiben e mellett is rendkívül erős bűz szokott fejlődni. Azon körülmény azonban, hogy idegen test mellett időszakos orrvérzések

vannak, hogy csak az egyik orrjáratra lokalizálódik a bő váladék, továbbá, hogy ezen orrjáraton át a légzés fel van függesztve, mindenekfelett pedig a sonda, illetve az orrtükörreli vizsgálat a helyes útra terelnek.

Az orrvérzés, epistaxis, oka lehet vagy helyi, vagy valamely általános megbetegedés. A helyi okok között szerepelnek traumák, rhinitis ulcerosa, adenoid-vegetatiók, idegen test, diphtheriás folyamat, (ha csak az egyik orrnyílásból van vérzés, első sorban utóbbi két megbetegedésre kell gondolnunk, a kettő között részint a fibrinosus hártya, illetve az idegen testnek a fellelése, esetleg bacteriologikus vizsgálat dönt).

Az általános okok közül a leggyakoriabbak a szívbaj, haemophilia, morbus maculosus Werlhofii. Ide sorolhatjuk még a pertussis rohamok kíséretében jelentkező orrvérzést is. A nem helyi okok által előidézett orrvérzéseket a kísérő betegség tüneteinek számbavételével nem nehéz tisztázni.

A helyi okok által előidézett orrvérzések differentialdiagnosisáról már fentebb volt szó, csupán az adenoidvegetatiók diagnostikájáról akarunk még megemlékezni.

Az orr-garatürben székelő növedékek, vegetationes-adenoideae, az orr-garatür lymphoidelemeinek a hypertrophiájából állanak. Olykor már a csecsemőkorban észlelhetők, rendszerint azonban csak nagyobb, 5—10 éves gyermekeknél. A tünetek, a melyeket okoznak, függenek első sorban a vegetatiók nagyságától. Kis növedékek mellett az orron át való légzés elég szabad, de nagyobb növedékek mellett az orron át való légzés majdnem teljesen fel van függesztve, a gyermek kénytelen a száján át légzeni, ez okból a száját állandóan nyitva tartja. Ez az egyik fősymptoma.

Ezen légzési typus miatt az alvásnál a vitorla-ívek ide-oda csapódása miatt erős horkolás hallható, mely a második fősymptoma gyanánt szerepel. Miután az orrán át általában nem vesz a gyermek levegőt, az orrnyílások megszűkülnek, az orr oldalfalai kidúdorodnak, mely az állandóan nyitott szájjal olyan sajátságos idiotaszerű kifejezést kölcsönöz az arcznak, hogy egy tekintetre fel lehet ismerni a vegetatiókat. (11. ábra.) E mellett a hang rendszerint erősen orrhangú, az arcz halavány, az ajkak kicserepezettek, különösen reggel, sokszor nehezített hallás is van jelen. Mindezen tünetekből, bár a legnagyobb valószínűséggel sejthetjük az adenoid-vegetatiókat, de a legbiztosabban digital vizsgálattal győződhetünk meg (orrtükörrel gyermekeknél alig érünk czélt), ezzel egyszersmind a vegetatiók nagyságáról és helyéről is tájékozódunk. A vizsgálatot a legkönnyebben úgy eszközölhetjük, hogy a gyermeket hanyatt fektetjük, fejét rögzíttetjük, jobb kezünkkel a fogsorok közé egy nyelvlapoczot illesztünk, míg bal mutatóujjunkkal a lágy-szájpad mögé kerülünk; csecsemőknél a kisujjunkat használjuk. Az orr-garatüreg a gyermekkorban mutatóujjunk első perczét elég kényelmesen befogadja s egészséges állapotában jól kitapinthatjuk a choanákat és a köztük fekvő



11. ábra. Adenoid-vegetatióra jellegzetes arcz.

septumot, a garattetőt; ha kissé oldalmozgást végzünk ujjunkkal, akkor a tuba előtti kiemelkedéseket stb. Mindezen képletek felett a nyákhártya síma. Ha adenoid-vegetatiók vannak az orr-garatürben, akkor a mondott képleteken kisebb-nagyobb borsónyi, egész mogyorónyi nagyságú, könnyen vérző képletekre akadunk s a vizsgáló ujj is, az ezen képletek által megszűkített üregbe csak nehezen hatolhat be.

A gége és a légcső megbetegedéseire a hangnak és a légzésnek a megváltozása hívja fel figyelmünket. A hangnak a megváltozása kisebb-nagyobb fokú rekedtségben, esetleg teljes aphoniában nyilvánul, míg a megváltozott légzést a légzési szám szaporább, de különösen annak hangosabb voltában ismerhetjük fel. Nem okvetlen szükséges, hogy ezen két tünet mindig együtt legyen; fennállhat rekedtség légzési nehézség nélkül, viszont nagyfokú légzési nehézséget észlelhetünk rekedtség nélkül.

Az említett tüneteket úgy lobos folyamatok, mint álképletek előidézhetik; minden esetben azután kutatunk mióta állanak fenn a symptomák, vagyis, hogy a megbetegedés acut vagy chronikusabb jellegű-e? továbbá vajjon állandó intensitással állanak-e fenn ezen tünetek, vagy olykor mérsékeltebben s végre a megbetegedés kezdete óta folytonosan fokozódott-e a rekedtség s nehéz légzés?

Ha a rekedtség, illetve a nehezített légzés acut jellegű, akkor a következő leggyakoribb megbetegedésekre gondolhatunk: 1. heveny légcsőhurut, laryngitis catarrhalis acuta; 2. pseudo-croup; 3. álhártyás gégelob, laryngitis crouposa; 4. idegen test a légcsőben; 5. hysteria s végre 6. gégevizenyő, oedema glottidis.

Ezek közül aránylag a legenyhébb tüneteket okozza a laryngitis catarrhalis, mely úgy csecsemőknél, mint a gyermekkorban elég gyakori. Vagy, mint önálló megbetegedés jön elő, vagy pedig mint kisérő tünet például morbilli mellett.

A laryngit. catarrh. aetiologiája gyanánt a meghülést veszszük fel; enyhébb vagy erősebb köhögési ingerek kiséretében mérsékeltebb vagy kifejezettebb rekedtség lép fel, a mely mellett a légzés, különösen alvásnál kissé hangosabb is lehet. A köhögés jellege olykor száraz, üres, de olykor már a betegség kezdetén laza. Láz mérsékelt vagy teljesen hiányzik. A közérzet alig befolyásolt, étvágy teljesen jó, vagy kissé csökkent. A folyamat rendesen coryza s bronchitis catarrh. mellett 3—8 napig tart.

A laryngitis catarrh.-nál a gége és légcső nyákhártyája rendszerint csak enyhébb mérvű duzzanatot és belöveltséget mutat. Erősebb fokban duzzadt a gége nyákhártyájának a hangszálagok alatti része a laryngitis subglottica-nál, a melyet különösen morbilli kezdeti stádiumában észlelhetünk, bizonyos esetekben.

A duzzanat intensitásának megfelelőleg a légzés is nehezített, hangos vagy stridorosus (vannak esetek, a mikor határozott stenosis fejlődik ki), a köhögés száraz, ugató jellegű, a hang azonban csak mérsékelten rekedt. A laryngitis subglottica a kiütés megjelenése után rendszerint visszafejlődik, a légzés javul.

Sokkal viharosabb tünetekkel jár a laryngitis catarrhalisnak azon alakja, a melyet ál-croup-nak, pseudo-croup-nak nevezünk. Az ál-croup előidéztetik részben az erősebben megduzzadt nyákhártya, részben pedig azon szívós váladék által, mely az alvás alkalmával a gégében

összegyűlik s kiváltja a rohamot. Épen ez okból a rohamok csakis alváskor következnek be. Jellegzetes az ál-croupra a rohamos kezdet, a mely egyik legfontosabb differential-diagnostikus tünetképen szolgál a valódi crouppal szemben. Rendesen 1—5 éves gyermekeknél szokott előfordulni. A gyermek egészségesen fekszik le este s az elalvás után néhány óra mulva hirtelen nagyfokú nehéz légzés kíséretében felriad. A fütyülő inspiriumok kíséretében beállott nehéz légzés oly nagyfokú lehet, hogy cyanosis jelentkezik, e mellett a hang rekedt, durva, a köhögés ugató jellegű. A gyermek aggódó arczczal levegő után kapkod, olykor bő verejtékkel van fedve.

Ezen állapot rendszerint néhány perczig tart, a mely után a légzés szabadabb lesz, az aggódó arczkifejezés szűnik, az ajkak kipirosodnak s a gyermek nemsokára nyugodt álomba merül, legfeljebb a légzése válik hangosabbá. Reggel a gyermek a kiállott rohamról semmit sem tud s bennünket is csak a kissé rekedtes hang emlékeztet a lefolyt ál-croupra; e mellett a torok vagy semmit, vagy csak kevéssé belövelt, esetleg a tonsillákon néhány folliculust is találhatunk.

Vannak esetek, a midőn a rohamok egy éjjel többször ismétlődnek, vagy több éjjelen egymás után ismételve fellépnek. Rendszerint azonban a folyamat néhány nap alatt javul.

Sokkal súlyosabb tüneteket okoz egy másik folyamat, a melyet az ál-crouppal elég gyakran összetévesztenek, az álhártyás gégelob, laryngitis crouposa, a mely fertőző megbetegedés s a mely nem egyéb, mint a gégében, illetve a légcsőben székelő diphtheria.

A laryngitis crouposa bár fejlődhet önállóan is a gége, illetve légcsőben, de rendesen a torok-diphtheriából terjed a folyamat le a légcsőbe. Ha a bántalom elsődlegesen a légcsőben fejlődött, vagy ha a torok feltisztulása után kerül hozzánk a beteg, akkor csak belöveltséget láthatunk a torokban, legtöbbször azonban még fennálló torok-folyamat mellett jelentkeznek a laryngitis crouposa tünetei. A laryngitis crouposa kezdeti stadiumában csak erősebben belöveltek, vagy duzzadtak a gégeképletek s ennek megfelelőleg kisfokú rekedtséget találunk a betegnél, majd a képződő álhártyákkal a rekedtség is fokozódik, egész a hangtalanságig. A köhögés ugató jelleget ölt, a légzés hangossá, majd stridorosussá, végre stenotikussá válik.

Az eleinte nyugodt gyermeket, a nehezített légzés kifejlődésével nyugtalanság szállja meg. Fel-felül ágyacskájában, majd ismét aludni próbál, a nélkül, hogy állapota javulna. A nyugtalanság azonban a stenosis kifejlődésével eléri tetőpontját. A nehéz légzés következtében a jugularis és scrobicularis behúzódás kifejezett, az ajkakon cyanosis jelentkezik, a gyermek nem akar ágyában maradni, verejtékes homlokkal, nyitott szájjal, játszó orrszárnyakkal, aggódó arczczal s tágra nyitott szemekkel, levegő után kapkod. A légzés fűrészelő jellegű. E mellett a hőmérsék vagy normális, vagy csak kissé emelkedett, a légzések száma ugyancsak rendes marad, vagy valamivel szaporább a rendesnél, a pulsus azonban rendszerint 120—140-re emelkedik perczenkint.

A laryngitis crouposát sokszor összeszokták téveszteni laryngitis catarrhalissal, illetve pseudo-crouppal, a kevésbbé járatosak abscessus retropharyngealissal is.

Utóbbival való összetévesztés goromba tévedés, mert ha a torkot megnézzük vagy ujjal megvizsgáljuk, azonnal látjuk vagy érezzük a garatnak jobb- vagy baloldalán, vagy a középvonalban kiemelkedő duzzanatot, mely tapintásnál fluctuál, másrészről a dunnyogó, de tiszta hang, horkoló légvétel, azonnal útbaigazítanak.

A laryngitis catarrhalis, illetve a pseudo-crouppal való összetévesztés szintén elkerülhető, ha tekintetbe veszszük, hogy: 1. a pseudo-croup hirtelen kezdődik, mig laryngitis crouposánál fokozatosan válik a hang rekedté és a légzés stenotikussá, 2. hogy a laryngitis catarrhalisnál a sírási hang tiszta, a laryngitis crouposánál ekkor is rekedt marad, 3. hogy a laryngitis catarrhalis, illetve a pseudo-croupnál a torok tiszta, míg a laryngitis crouposánál a torok vagy erősen belövelt, vagy esetleg még diphtheriás felrakodásokat is találhatunk, s végre 4. laryngitis catarrhalisnál a Löffler-féle bacillusok nem tenyészthetők ki a torokból, míg laryngitis crouposánál azokat rendesen megtaláljuk.

Acut rekedtséget és légzési nehézséget okozhat továbbá valamely idegen test aspiratiója, mely a gégebemenetbe vagy a hangszálagok alatt ékelődött be a légcsőbe. Jellegzetes az idegen test (bab, dinnyemag, csont stb.) aspiratiójára, hogy teljes egészség közepette, hirtelen lép föl a rekedtség és a nehéz légzés. Az anamnesisben többnyire említik a szülők, hogy a gyermek a nehéz légzés beállta előtt, valamely idegen testtel játszott.

Ha az idegen test az aditus laryngisba ékelődött be, akkor rendszerint ki is lehet tapintani. De ha az idegen test mobil, azaz nem ékelődött be, hanem a légcsőben helyét változtatja, vagy ha az anamnesis se hivja fel idegen testre a figyelmünket, akkor is van néhány characteristikus

symptománk, a melyekkel eligazodhatunk; nevezetesen: a gyermek teljes érczes hangon kezd köhögni s egyszerre a köhögés közben elfúl egy pillanatra, ugyanekkor a hangja rekedté válik, mintha valami a hangszálagokhoz csapódott volna. Ez a symptoma igen értékes s mindannyiszor észlelhetjük, valahányszor a gyermek köhögni kezd, sőt sokszor, ha az idegen test könnyen mozog, köhögési inger nélkül is halljuk az idegen testnek ezen flottálását. A flottálást olykor érezhetjük is, ha ujjunkat a légcsőre helyezzük.

Ezen symptomák mellett még egyet kell kiemelnünk, a mely adott esetben szintén értékes lehet, értjük az éjjelenkint elég gyakran jelentkező suffocativ rohamokat, a melyek mérsékeltebb, vagy erősebb cyanosistól kisérve, néhány perczig tartanak.

Ezen, éjjelenkint előjövő rohamokat többnyire csak mobil idegen test mellett látjuk.

A hysteriás-alapon fejlődött aphoniáról már fentebb volt szó. Végre acut stenosist és rekedtséget okozhat az oedema glottidis. Rendesen másodlagos úton jön létre, de így is ritkán. Fejlődését mindazon okok elősegítik, a melyek a szomszédságban oedemát idézhetnek elő, így különösen nagyobb retropharyngealis abscessus, a tonsillák phlegmoneja mellett észlelhetjük olykor, valamint lúgmérgezés után. Kivételesen észlelhető acut nephritis mellett, mint annak részjelensége, a mikor a vizeletvizsgálat s egyéb oedematosus jelenségek figyelmeztetnek a bántalom természetére. Esetleg gégetükri vizsgálatot is végezhetünk, vagy ha ez nem volna kivihető, úgy is czélt érünk, ha a nyelvgyököt spatulával mélyen lenyomjuk: oedema glottidis mellett az előtűnő epiglottist erősen megduzzadtnak s vizenyősen infiltráltnak láthatjuk.

Foglaljuk össze táblázatba azon bántalmaknak a tüneteit, a melyek között diagnostikus tévedések esetleg előjöhetnek:

	1. Abscess. retroph. idiopathikus	Laryngit. catarrh. (Pseudo-croup)	Laryngit. crouposa	Corpus pereg-rin. in trachea
A meg-betegedés kezdete	Lappangó	Hirtelen	Fokozatosan előrehaladó	Hirtelen
Torok	Belövelt, a tályog he-lyén elő-emelkedés	Tiszta	Belövelt, esetleg fel-rakódások	Tiszta
Hang	Dunnyogó, fátyolozott, de tiszta	Rekedtes, de sírásnál feltisztul	Teljes rekedtség	Ha a bemenet-ben van fixálva: rekedt, ha a tracheában van, csak a glottis-hoz való ütő-désnél válik rekedté
Légzés	Horkoló	Éjjeli roham alkalmával stenosis, utána stidorosus	Stenotikus, juguláris és scrobiculá-ris behuzó-dások, cyanosis	Ha beékelt, állandó steno-sis, ha mobil, különösen éj-jel suffocatio
Láz	Eleinte mér-sékelt, ké-sőbb inter-mittáló jel-legű	Nincs, oly-kor mérsé-kelt	Vagy hiány-zik, vagy 38·0 - 38·5°C	Láztalan
Egyéb tünetek	A garatban fluctuáló duzzanat tapintható	Löffler-féle bacillusok hiánya	Álhártyák ürítése, Löffler-féle bacillusok jelenléte	Olykor a lég-csőre helyezett ujj érzi a flot-tálást

Az idült laryngostenosisok lehetnek veleszületettek, vagy szerzettek.

Az idült laryngostenosisoknál is azt puhatoljuk, vajjon a nehezített légzés mellett rekedtség is van-e? Továbbá, hogy a nehezített légzést okozó folyamat a gégében vagy azon kívül fekszik-e?

A congenitalis eredetűek közül 1. a veleszületett légcsőszűkületet említjük, melynél a hangszálagok alatt a mellső larynx-falból olykor hártyás, olykor diaphragmaszerű képződmény indúl ki, s kisebb-nagyobb mértékben elzárja a lég útját. Ennek megfelelőleg enyhébb vagy súlyosabb légzési nehézséget okoz. Ritkábban fordul elő.

Ugyancsak egy diaphragmaszerű képződményt, illetve stricturát hozhatnak létre 2. intubatio folytán keletkezett decubitalis fekélyek, a zsugorodás időszakában.

Utóbbi esetben a szűkület ugyancsak rendszerint a glottis alatt szokott székelni; a hang többé-kevésbbé rekedt, légzés stridorosus, illetve stenotikus.

Rekedtséggel párosult nehezített légzés előfordúlhat 3. lues mellett.

A lues hereditaria tökéletlenűl kezelt eseteiben, leggyakrabban a 4—12-ik életévek között észlelhetjük.

Megnehezíti a diagnozist azon körülmény, hogy a laryngostenosis chronica luetica-nál a rekedt hangon és nehezített légzésen kívül rendszerint más luetikus elváltozást nem találunk. Kutatnunk kell azonban mindenesetre az anamnesis után; könnyebb a diagnozis azon esetekben, a midőn larynx stenosis mellett, a végbél körül condylomákat találunk. Ennek hiányában legbiztosabb a gégetükri vizsgálat; ha a gégebemenetben, epiglottison

stb. condylomás képződményeket találunk, nem kételkedünk a baj luetikus eredetén.

Megjegyezzük továbbá, hogy a laryngostenosis chronica luetica az összes idűlt légcsőszűkületet okozó betegségek között a leggyakrabban szokott előfordulni, úgy, hogy adott esetekben, még ha egyéb kifejezett tünetek nem is volnának, kizárás útján is elég biztosan diagnostizálhatjuk. A diagnozisunkat a sikeresnek mutatkozó inunctiós cura csak megerősíti.

Néha korán okoz stenotikus tüneteket 4. a papilloma multiplex laryngis. Rendesen veleszületett bántalom; a rekedtség és a hangosabb légzés tehát vagy az életnek az első napjaiban mutatkoznak, vagy az első, esetleg második életévnek a vége felé. Sok szülő csak akkor lesz rá figyelmessé, a midőn a légzés már tetemesen nehezített, ezért az anamnesisben rendesen azt halljuk, hogy a beteg már hónapok óta hangosan légzik, az utóbbi hetek alatt a légzési nehézség azonban még fokozódott. A hang teljesen rekedt, a légzés ad maximum stenotikus lehet. Sokszor a nyelvgyökre gyakorolt erős nyomás után, az előtűnő epiglottison is láthatunk kisebb-nagyobb gömbölyded piros göbcséket, a gégetükri vizsgálat pedig a gégebemeneten és a hangszálagokon is hasonló alakú, sűrűn egymás mellett űlő kis képleteket mutat.

5. Perichondritis laryngis, ha a tályog a gége üregébe türemkedik be s a hangszálagokra nyomást gyakorol. A nyelési nehézség, a nyomásra fokozódó fájdalom s az olykor intermittáló, de olykor rendetlen lázakból, gégetükri vizsgálat nélkül alig lehet a tályogot kórismézni. Gégetükörrel észlelt — a tályognak megfelelőleg kisebb-

nagyobb előemelkedő — duzzanat a kórismét már valószínűvé teszi.

A perichondritist a fentebb tárgyalt két kóralakkal alig téveszthetjük össze, mert 1. gyorsabban szokott stenotikus jelenségekhez vezetni, 2. jellegzetes a gégetükri lelet, 3. az anamnesisben előrement megbetegedés, esetleg trauma, olykor idegen test aspiratiója szokott említtetni.

A laryngostenosis luetica és a papilloma multiplex laryngis között a differential-diagnosis elsősorban a luetikus anamnesisben, másodsorban az esetleg fellelhető luetikus symptomákban keresendő, nem hagyva figyelmen kívül azt sem, hogy míg a luetikus larynx-stenosis elég hirtelen, alig pár hét alatt szokott kifejlődni, addig a papilloma mellett a stenosis tünetei csak igen fokozatosan, többnyire hónapok alatt lépnek előtérbe. Részünkről még különösen kiemeljük, hogy míg a lues mellett a stenosis emotióknál fokozódik és éjjel alvás közben mérsékeltebb, addig a papilloma mellett éjjel gyakran suffocativ rohamokat észlelhetünk, a melyek hasonlítanak a larynxban levő idegen test által előidézett suffocatiókhoz. (Utóbbi és a papilloma közötti differentiális diagnostikus jelek szembetűnők, azért ezzel külön nem foglalkozunk.)

Nehezített légzés nélkül csak rekedt hangot, lues hereditaria mellett, valamint a későbbi gyermekkori luetikus, valamint tbc.-us gége-affectióknál találunk. Előbbi esetekben csaknem mindig fellelhetők a luesnek manifest jelei, utóbbi esetben a hangszálagokon levő tbc.-us fekélyek gégetükri vizsgálattal felismerhetők, de másrészről a tuberculosisnak annyi egyéb tünete is jelen szokott lenni (tbc.-us habitus, esetleg tüdőlelet,

mirigyek stb.), hogy a diagnosis megállapitása nagyobb nehézséggel alig jár.

Ritka esetekben hangosabb, sőt stridorosus légzést okoz a csecsemőknél, megnagyobbodott thymus. A stridorosus légzés úgy nappal, mint éjjel egyforma erős. Hang nem rekedt. A diagnosis nem könnyü; gyanithatjuk, ha egyéb ok kizárása mellett a manubrium sterni felett s annak kétoldalán mintegy 1—1½ cm. terjedelemben tompult kopogtatási hangot kapunk.

A nehezített légzés a 2-ik életév vége felé a thymus megkisebbedésével visszaszokott fejlődni.

Az idült gége- és légcsőhurut, laryngitis chron. a gyermekkorban ritkán fordul elő, tünetei épen olyanok, mint felnőtteknél.

Részben stenotikus légzést, részben rekedtséget is okozhatnak azon daganatok, melyek a tracheán vagy a bronchusokon kívül feküsznek s a légzőcsőre nyomást gyakorolva, annak a lumenét megszűkitik.

A leggyakrabban okoznak hasonló szűkületeket: 1. a golyva, struma; 2. a trachea, illetve a bronchusok körüli mirigyeknek a túltengése, hyperplasia glandularum peritrachealium seu peribronchialium; 3. mediastinalis tumorok.

A golyvák közül különösen a hirtelen növekedő cystosus jellegű struma mellett szoktunk kifejezett légzési nehézséget észlelni. A strumának a localisatiója annyira jellegző, hogy azt felismerni igen könnyű, ezért áttérünk a peribronchialis mirigyek hyperplasiájá-ra. Ámbár a hörgök körüli mirigyek lues,

leukaemia stb. következtében is megnagyobbodhatnak, mégis a leggyakoribb alapokát tuberculosis képezi. A bántalom előrement idült hörghurut után, ritkábban morbilli vagy pertussis után szokott fellépni tuberculotikus gyermekeknél. A fejlődése igen lassú. Az első időszakban csak mérsékelt hörghurutot és rendetlen, többnyire az esti órákban jelentkező lázakat találunk. A lázak és a hörghurut minden kezeléssel daczolnak s e közben a gyermek soványodik, a mely tünetek már jó előre gyanut kelthetnek bennünk. Majd időközben a mirigyek annyira nagyobbodnak, hogy pontos vizsgálat mellett azokat ki is lehet kopogtatni, részben a szegycsont felett, részben a szegycsont egyik vagy másik oldalán, a 2—3-ik borda közben. A tompulatot, vagy tompultabb kopogtatási hangot adó terület felett rendszerint hangosabb, határozatlan jellegű légzést, ritkábban ropogó zörejeket is hallunk. Ugyanekkor, vagy még előbb, különösen a kulcs-csont feletti táj nyaki mirigyein is lényeges megnagyobbodás észlelhető. Ha a hörg körüli mirigyek annyira megnagyobbodtak, hogy egyik-másik bronchusra, vagy a trachea alsó szakaszára nyomást gyakorolnak, akkor egyéb tüneteket is észlelhetünk. Első sorban izgatott pertussis-szerű köhögés lép fel olykor (de nem mindig), mely igen makacs, e mellett a compressio folytán kisebb-nagyobb fokú légzési nehézség észlelhető, sokszor asthma-szerű rohamokban; ehhez a n. vagus, illetve a recurrensre gyakorolt nyomás miatt rekedtes hang is társulhat, esetleg teljes rekedtség is tapasztalható. Az akadályozott vérkeringés folytán, elég nagy mirigy megnagyobbodás esetén, a mellkas felső részén fekvő venáknak a tágulását is láthatjuk.

A peribronchialis mirigyek hyperplasiáját sokszor igen nehezen lehet diagnostizálni, miután a tünetek nem mutatnak mindig olyan határozott charactert, a mint az a könyvekben le van irva.

Mindenesetre alapos a gyanunk, ha — a nélkül, hogy erre más okot találnánk — a gyermek folytonosan soványodik és esténkint lázas.

Részünkről olyan esetekben, a midőn még sem kopogtatási vagy hallgatódzási, sem dyspnoetikus tünetek nincsenek, igen becsesnek tartjuk a soványodás és esti lázak mellett azon érczes utóhangtól, vagy fütyülő exspiriumtól kísért köhögést, mely az ilyen megbetegedések mellett már olyan időben jelentkezhet, a midőn a bronchus vagy a trachea csak annyira van összenyomva, hogy légzési nehézséget még nem okoz.

Mediastinalis tumorok. Ritkán fordulnak elő; eddig legtöbbször sarcomákat észleltek, a melyeknek kiindulási pontját a mediastinalis mirigyek képezték. A mediastinalis sarcomák elég gyorsan növekednek s első sorban is a hörgökre, illetve a tracheára gyakorolnak nyomást, miáltal nehezített, majd stenotikus légzés keletkezik; ez az első symptoma. Majd ezután jelentékeny tompulati eltérés is mutatható ki a szegycsontnak az egyik, vagy mindkét oldalán. Láz rendszerint hiányzik. A daganat a későbbi stadiumában úgy megnövekedhet, hogy a szegycsontot erősen kidomborítja, annyira, hogy a szegycsont, pectus carinatum-szerű alakot vesz fel. Hallgatódzásnál a daganat felett a légzést rendszerint hangosabbnak, olykor hörgi jellegűnek találjuk.

A daganat növekedésével, de már elég korán, megjelennek a mellkason és a nyakon a tágult visszerek, a mellkasbeli nagy venák összenyomása miatt pedig az arcz puffadt, oedematosussá válik, az ajkaknak állandó cyanosisával. A légútak erősebb összenyomatásával, illetve a nehezített légzés miatt a gyermek nyugtalan, aludni nem képes, majd szénsav-intoxicatio miatt beáll a mors.

A légcső neurosisai.

Azon bántalmakat soroljuk ide, a melyekkel a légcsőnek vagy nyákhártyájának semmi szöveti elváltozása nem jár, a tünetek csupán a gégének, illetve a hangszálagokat ellátó izmoknak beidegzési zavaraitól vannak feltételezve.

A zavar, különösen két irányban mutatkozhat: 1. mint görcs; 2. mint hűdés.

A hangrésgörcs, spasmus glottidis, vagy laryngospasmus nem egyéb, mint a hangrés-záróknak a görcse, a mely görcs a vagusra, vagy a recurrensre direct, vagy reflectorikus úton gyakorolt inger következtében, egyes rohamokban lép fel. A betegség már 4—5 hónapos korú csecsemőknél előfordulhat és egész a 2—2½ éves korig elég gyakori; ritkán nagyobb gyermekeknél is előjön.

A laryngospastikus rohamok hirtelen állanak be, például a gyermek játszása közben, kedélyindulatoknál, sírás, köhögés kezdetén stb. A hangszálagoknak hirteleni görcsös záródása miatt levegő nem juthatván a légcsőbe: a gyermek levegő után kapkod, vagy hirtelen hanyattveti magát, és lábaival erőszakos rúgó-mozgásokat végez, miközben az ajkak, arcz mindinkább cyanotikusak lesznek. A hangrésgörcsnek az intensitása szerint ezen állapot

eltarthat néhány másodperczig, de olykor tovább is, annyira, hogy a cyanosis szinte fenyegető jelleget kezd ölteni. A hangszálagok görcsös állapotának szüntével végre, éles sivító, de rövid inspiratorikus hang jelzi a rohamnak a szüntét. Az inspiriumok ezután mindinkább tökéletesebbek lesznek, a cyanosis szünik és a rohamnak vége van. A rohamok napi száma és erőssége különböző; vannak esetek, a midőn csak 2—3 roham jelentkezik naponta, de viszont vannak esetek, a midőn a rohamok naponta a 20-at is meghaladják.

Sokszor a laryngospastikus rohamhoz eclampsia is társul, a melynek az alapokát, ép úgy, mint a hangrésgörcsnek is, legtöbbször a rachitis képezi.

A súlyos laryngospastikus rohamok végein bekövetkező mély inspirium a nyelvet a lágy-szájpad mögé a garatba sodorhatja, azaz előállhat az aspiratio linguae, teljes asphyxiával. Azért súlyos rohamok esetén a nyelvnek a helyzetét mindig tanácsos szemmel tartanunk.

Míg a laryngospasmus mellett a hang úgyszólván teljesen intact marad, addig a g l o t t i s h ű d é s e s b á n t a l m a i-nál a hang is lényeges változáson megy keresztül, esetleg teljes aphonia léphet fel.

A gyermekkorban a glottis hűdések, vagy valamely bántalom után fejlődnek, mint például diphtheria után, agybetegségeknél, mell-üri mirigymegnagyobbodás folytán a n. recurrensre gyakorolt nyomás miatt stb., vagy pedig önállóan, mint beidegzési zavar, igy különösen hysteriánál.

A mirigymegnagyobbodás okozta glottis hűdésrő már fentebb volt szó; az agyi folyamatokból eredő glottis hűdéseket a többi agyi tünetekből könnyen diagnostizálhatjuk, míg a diphtheria után fellépett glottis hűdés,

a mely leginkább a hangrés-zárokat szokta illetni, a hangtalanság, nehezített nyelés (dysphagia paralytica), valamint az egyidejű velum hűdés eléggé jellegzik, eltekintve attól, hogy az anamnesisből is többnyire kitudjuk deriteni az előrement diphtheriát.

A hysteriás glottis hűdésekre jellegzetes a hirtelen, minden előrement betegség nélkül beállott aphonia, a mely tünet többnyire a serdülőkorban fordul elő. Characteristikus hysteriára, hogy teljes aphonia mellett a köhögés hangos, néha meg épen énekelni is képes a gyermek. Ugyanezen tünetek, mint egyéb hysteriás symptomák, a melyek még az esetek többségében észlelhetők a gyermeknél, a hysteria diagnosisát csakhamar kétségtelenné teszik.

A mély légútak betegségei.

Míg a felső légútak betegségeinél a mérsékeltebb vagy kifejezettebb stenotikus légzés képezi az egyik főtünetet, a nélkül, hogy a légzési szám tetemesen szaporodott volna: a mély légútak betegségeire a lényegesen szaporodott légzési szám hívja fel figyelmünket, a melyhez rendszerint kisebb-nagyobb dyspnoe is csatlakozik. Úgy a dyspnoetikus légzés, mint a légzések számának a szaporasága egyenes arányban áll a tüdő légző-felületének a megkisebbedésével.

A légző-felület megkisebbedhet valamely lob folytán, a midőn a termelt váladék részben akadályozza a levegő felvételét, részben elzárja az egyes hörgőket, vagy megkisebbedhet a légző-felület a tüdőnek összenyomatása folytán, akár lobos-folyamat mellett, akár a nélkül. Utóbbit gyakran látjuk rachitis következtében, deformált-thorax mellett.

Az anyának a panaszát, a gyermeknél észlelhető láz, köhögés, nyugtalanság, étvágytalanság, esetleg soványodás képezi.

A kopogtatási és hallgatódzási viszonyok nagy segítségünkre vannak a diagnosis megtételénél, ezért e szerint fogjuk csoportosítani az egyes betegségeket.

A mellkas felett kopogtatási eltérést nem, csakis hallgatódzási eltérést találunk a következő betegségeknél: 1. Hörghurut (Bronchitis cat.). 2. Hajszál-hörglob (Bronchitis capillaris, s. bronchiolitis). 3. Álhártyás hörglob (Bronchitis crouposa). 4. Heveny szemcsés-gümőkór (Tuberculosis miliaris acuta). 5. Tüdővizenyő (Oedema pulmonum). 6. Szamárhurut (Pertussis).

Bronchitis cat. Felléphet önállóan is, vagy pedig más betegség kíséretében. Így például a morbillinél mindig mint bevezető tünetet látjuk, e mellett pertussis, typhus abdominalis s rachitis mellett igen gyakran észlelhetjük. A köhögés — mely egyik fősymptomája — eleinte száraz, kissé izgatott jellegű, néhány nap múlva lazává válik. Hallgatódzásnál eleinte csak érdes légzést hallhatunk és rhonchusokat, majd a köhögés lazultával, elszórtan apróbb szörty-zörejek is jelentkeznek a tüdők felett, melyek rendszerint úgy a be-, mint a kilégzés alkalmával hallhatók. Láz mérsékelt, de olykor magas (39·0—40·0°). Étvágy kissé csökkent. Nagyobb gyermekeknél a légzési szám, ha a hurut csak a nagy és a közép hörgőkben székel, alig emelkedett, míg csecsemőknél már ezen esetben is dyspnoetikus lehet a légzés, különösen ha a hörgőkben termelt váladék szívós. Tetemesen fokozódhat azonban a légzési szám még nagyobb gyermekeknél is, ha a hurut

a legfinomabb hörgökre is leterjedt, a mit első sorban is a finom, kishólyagú zörejekből tudunk meg, mikor is bronchitis capillarisról vagy bronchiolitisről szólhatunk.

A bronchiolitis legtöbbször magas, 39·0—40·0° C. lázzal jár. A legfeltünőbb symptomája a dyspnoe, a kis hörgöknek az eldugulása folytán. A légzési szám tetemesen szaporodott, néha kifejezett mellkasi behúzódás észlelhető, erőteljes orrszárnyi légzéssel, az ajkakon kisebb-nagyobbfokú cyanosis jelentkezhet, e mellett a légzés sípoló, mert a hörgök a lob és a váladék folytán, erősen szűkültek.

A bronchiolitis a csecsemő- és fiatal gyermekkorban szokott leginkább előfordúlni és már ez okból is komoly megbetegedés. Bár önállóan is előfordúl, rendszerint előrement bronchitishez társul.

(Influenza a gyermekkorban általán nehezen diagnostizálható, mivel a betegséget kísérő subjectiv panaszok elesnek. Ragályos betegség, melynek lappangási ideje 1—3 napig tart. Tüneteit képezik: magas láz, általános hurutos tünetek s fülszaggatások.

Filatow szerint ezen három symptoma pathognomonikus influenzára. E mellett kisebb-nagyobbfokú főfájás, nyugtalanság, sőt olykor convulsiók vezetik be a folyamatot. Könnyebb esetek pár nap alatt javulhatnak, súlyosabb esetekhez szövődmények, leggyakrabban pneumonia társulhat, a melynek a typusa majd a hurutoshoz, majd a rostonyáshoz hasonlít inkább.

A csecsemőkori influenzát a hörghuruttal lehetne leginkább összetéveszteni, a melytől Filatow szerint meg lehet különböztetni:

1. az epidemikus jellege és a fertőző képessége által;

2. az által, hogy a bronchusokon kívül, még egyéb nyákhártyák is afficiáltatnak;

3. hogy a láznak a magassága és tartama, továbbá a gyakori izgatott köhögés a hörghurut rendes képének nem felel meg;

4. az influenzás hurut a nyugalom daczára, lassan oldódik és végre

5. hogy az influenza gyakran az idegrendszert is afficiálja.

Bronchitis crouposa. Idiopathikusan is fejlődhet, de rendkívül ritkán, rendszerint a torok-diphtheria után fejlődött laryngitis crouposából terjed le a hörgőkbe. A hörgőket vékonyabb, vagy vastagabb hengeralakú álhártyák töltik ki, a melyeknek a fejlődése igen gyors s a melyek bevonhatják a hörgőknek nagyrészét s szénsavmérgezés folytán beállott halált okoznak. Az álhártyáknak a fejlődése olykor olyan gyors, hogy mielőtt még a legkisebb hörgőkig leterjedhetnének, a nagy hörgőknek az elzáródása folytán már beáll a mors.

Különösen három — mindig észlelhető — tünet jellegzetes a bronchitis crouposára: 1. szapora, nehezített légzés észlelhető már akkor, a midőn az álhártyák képződése a nagy hörgőkben megindult. A légzések száma eleinte 52—56, később az álhártyáknak a leterjedésével 76—80, sőt még többet tehet ki perczenkint; 2. cyanosis egyenes arányban fokozódik az álhártyáknak a mennyiségével, eleinte csak az ajkakon, az exitus lethalis közeledtével a füleken, arczon és a körmökön is észlelhető; 3. a láz, ez mindig magas, continuus, 39·0—40·0° C. között marad állandóan, sőt a mors közeledtével, rendesen még kissé emelkedik.

Hallgatódzásnál finomabb vagy durvább zörejeket hallunk, közép-mennyiségben. A köhögés eleinte száraz, rekedt, a még fennálló vagy csak nem régen lefolyt laryngitis crouposa miatt a gyermek hangtalan. A pulsus száma eleinte 120—130, majd később 140—160-ra emelkedik perczenként. A nagyfokú dyspnoe miatt a jugularis, de különösen a scrobicularis behúzódás kifejezett; a légzési segéd-izmok hatalmasan működnek. A folyamatnak az előrehaladásával úgy az inspiriumokat, mint az exspiriumokat

állandóan elég hangos légzési zörej kiséri, a cyanosis fokozódik, a gyermek somnolens, a pulsus kihagyó, arythmikus s a halál a szénsavmérgezés tünetei között áll be.

Tuberculosis miliaris acuta. Vagy valamely már meglevő betegséghez, mint például tuberculosus alapon fejlődött pneumonia catarrhalishoz csatlakozik, vagy pedig idiopathikusan, látszólag teljesen egészséges gyermekeknél lép fel. Mindkét esetben jellegzetes rá a betegnek hirtelen, úgyszólván pár nap alatti erős lesoványodása.

A tüneteket a következőkben foglalhatjuk össze: 1. Láz, mely a betegség kezdetén azonnal észlelhető és mely eleinte 38·5—39·5° C., a későbbi stadiumban rendesen 40·0° C. vagy még feljebb emelkedik; némely esetben erősebb remissiókkal, esetleg intermittáló jelleget ölt; de vannak olyan esetek is, a midőn a láz csak mérsékelt. 2. Dyspnoe, igen fontos tünet, rendszerint a megbetegedés kezdetén jelen van, sőt a folyamat előhaladtával még fokozódik. A légzési szám perczenkint 60—80. A légzési számnak ezen szaporasága feltűnő, mert olyankor is fennáll, a midőn a láz esetleg csökkent, másrészről a tüdő felett sem találunk sem kopogtatással, sem hallgatódzással kimutatható olyan elváltozást, a melyből a dyspnoet megtudnók fejteni. Hallgatódzásnál a tüdők felett vagy semmi elváltozást sem találunk, vagy elszórtan finom hólyagú zörejeket hallunk. 3. Cyanosis, mely az ajkakon mérsékeltebben vagy kifejezettebben már a betegség kezdetén észlelhető. E három cardinalis symptoma mellett vannak még olyan kóradatok, a melyek felvételünket csak megerősítik. Első sorban az anamnesis, továbbá az objectiv leletből ki nem magyarázható elesettség. Ide tartozik még,

hogy a lép rendszerint megnagyobbodott, jól palpálható. Köhögés olykor mérsékelt, rövid száraz, a beteg inkább »köhécsel«. Erősebb éjjeli izzadás.

A köztakarón olykor fellelhető görvélyes tünetek (behúzódott hegek, scrophulodermák), a tuberculosus-alkat, esetleg dobverőjellegű ujjak, csak megerősítik diagnosisunkat. Mindenesetre czélszerű még köpetet is vizsgálni gümő-bacillusra, a melynek a kimutatása, valamint a szemfenékben a chorioideán, szemtükörrel esetleg található gümők diagnosisunkat kétségtelenné teszik.

A betegség tartama 2—4 hét, a mely idő alatt a beteg rendkívül lesoványodik s ily állapotban áll be a halál.

Oedema pulmonum Rendszerint következményes bántalom; szív-, tüdőbántalmokhoz stb. csatlakozik a szív kimerülési stadiumában s többnyire a közeli exitus lethalist jelzi.

Főtüneteit a már bizonyos távolságról is hallható hörgő-légzésen kívül, különösen a dyspnoe képezi, a melynek megfelelőleg kisebb- vagy nagyobbfokú cyanosist is találunk. A légzési szám rendkívül szapora, olykor kínzó köhögés lép fel, a mely alkalommal nagyobb gyermekek bő savószerű, finoman habzó váladékot ürítenek. A beteg rendkívül elesett, pulsus igen kicsiny, könnyen elnyomható, sokszor alig érezhető. Tompulati eltérés nincs a tüdők felett, vagy csak kissé dobos színezetű kopogtatási hangot kapunk. Hallgatódzásnál az egész mellkas felett igen bő, apró hólyagú, nedves zörejeket hallunk.

Pertussis. Fertőző-betegség, a melynek az agensét még nem ismerjük. A fertőző-anyag a nyálban van leginkább s így közvetlen is csók útján, vagy nyállal érintett tárgyakról terjed tovább.

Hogy a levegő útján elvihető-e, még bizonytalan. Féléves, egész 6—7 éves gyermekeknél fejlődik leggyakrabban, de nagyobb gyermekek, esetleg felnőttek is megkaphatják.

Az incubatio 4—14 nap között ingadozik. A lefolyásban három szakot szoktunk megkülönböztetni: 1. a hurutos szak, (stadium catarrhale), a melyben mérsékelt hurutos állapot fejlődik ki, rendesen száraz köhögéssel, csekély lázakkal. Tüdők felett vagy semmi eltérést sem találunk, vagy csak mérsékelt hurutot. Az első stadium 1—2 hetet vesz igénybe, a mely után következik a második szak, melynek tartama 3—4 hét, (stadium convulsivum), és a melyet görcsös köhögési szaknak lehet nevezni, a mennyiben ezen stadiumban fejlődnek ki a pertussisra annyira jellegzetes, rohamokban jelentkező köhögési paroxysmusok. A rohamok napi száma különböző, olykor csak 10—15, de néha 30—50. Nagyobb gyermekek már előre érzik a roham közeledtét s igyekeznek valamely tárgyba megkapaszkodni.

A köhögési rohamokra jellegzetes, hogy az egymás után gyorsan, mintegy lökésszerűleg következő exspiriumok után, egy mély sivító inspirium következik, hogy ezt ismét a lökésszerű exspiriumok váltsák fel, az utánuk következő sivító inspiriummal. A höhögési roham alatt a gyermek elvörösödik, kisebb gyermek elkékül. A rohamnak a végét rendszerint öklöndözés vagy nyálkás váladéknak a kihányása zárja be.

Ezen szak alatt szokott kifejlődni a nyelvféken a fogakhoz való ütődés folytán egy fekély, a mely characteristikus pertussisra.

Végre a 3-ik szak (stad. decrementi), 2—3 hétig tart, a köhögési rohamok mindinkább ritkábban jelentkeznek, végre teljesen megszűnnek.

A most elősorolt tüdőmegbetegedések diagnostizálása kifejezett esetekben nem szokott nehézséggel járni, vannak mégis esetek, a midőn tévedések előfordulhatnak; így különösen tuberculosis miliaris acuta és bronchitis crouposa között olykor nehéz a differentialis diagnosis azon esetben, a midőn utóbbit akkor látjuk, a mikor már a torokban sem diphtheriás felrakódás, sem laryngitis-crouposa tünetei nincsenek. Az anamnesis, a tuberculotikus terheltséget illetőleg esetleg bizonytalan, úgy, hogy ez sem nyujt megbízható támpontot. Ilyen esetekben tuberculosis mellett szól a rapide haladó lesoványodás (bronchitis-crouposa mellett a gyermek semmit, vagy alig soványodik). A legbiztosabb jel azonban a köpetnek a górcsövi vizsgálata, a mit nagyobb gyermekek spontán is ürítenek, kisebb gyermeknél pedig úgy járunk el, hogy a nyelvet egy lapoczczal mélyen lenyomjuk és a kiürített köpetet a spatulán felfogjuk. A köpetből kitenyésztett Löffler-féle bacillus kétségtelenül bronchitis-crouposa mellett bizonyít, míg a Koch-féle gümő-bacillus tuberculosis miliaris acuta kórisméjét biztosítja. Czélszerű továbbá szemfenéki vizsgálatot is végezni: a talált gümők a chorioideán feltétlenül bizonyítják a gümőkórt. (Ritka lelet!)

Kopogtatási eltéréssel járó tüdőbántalmak.

Tudjuk, hogy a normalis tüdők felett, gyenge kopogtatásnál, teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang. A kopogtatási hang megváltozik: ha a tüdő tömörült, tehát légtelen, vagy ha a mellürben folyadék illetőleg levegő gyűlt össze.

A kopogtatási hang ezen háromféle elváltozás szerint módosul, mert míg tüdőtömörűlésnél a kopogtatási hang

tompult vagy absolut tompa, addig elegendő mennyiségű folyadékgyülem mellett az absolut tompulatot resistensnek is találjuk; avagy, ha levegő került a mellürbe, dobos kopogtatási hangot kapunk és ezért a tüdőmegbetegedéseket is ilyen beosztásban fogjuk tárgyalni.

Tompa kopogtatási hangot adó tüdőbántalmak: 1. Az *atelectasis pulmonum*. 2. *Rostonyás tüdőlob* (*Pneumonia crouposa* s. *fibrinosa*). 3. *Hurutos tüdőlob* (*Pneumonia catarrhalis*). 4. *Sűlyedési tüdőlob* (*Pneumonia hypostatica*). 5. *Tüdő-gümőkór* (*Tuberculosis pulmonum*). 6. *Tüdő üszkösödés* (*Gangraena pulmonum*). 7. *Actinomycosis pulmonum*, és végre 8. a *mediastinalis tumorok*.

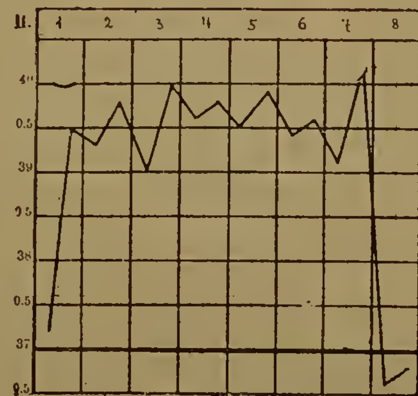
Az *atelectasis pulmonum* előfordul veleszületett gyengeség mellett újszülötteknél, a midőn a nem elég erőteljes inspiriumok következtében a tüdőnek egyik-másik része nem tágul ki, hanem foetalis állapotban marad. A nem tágult részek felett tompa kopogtatási hangot kapunk, hallgatódzásnál hörgi légzést ritkábban, inkább ropogó zörejeket észlelhetünk. Az ilyen újszülött kiabálni nem képes, csak rendkívül gyenge hangon nyöszörög, cyanotikus, temperaturája subnormalis, pulsus gyenge, bőr hűvös s rendesen convulsiók kiséretében mortual, ha a tüdőknek nagyrésze atelectatikus, de ha kisebb rész volt atelectatikus, ez idővel teljesen kitágulhat.

Atelectasis pulmonum előjön a későbbi gyermekkorban is, különösen rachitikus mellkas mellett, továbbá a gerincz-oszlopnak erősebb elgörbülésénél (erős spondylitisből eredő kyphosis), valamint mindazon esetekben, a hol a tüdőt a szomszédszervek huzamosabb ideig össze-

nyomták, (nagyobb pericarditis, empyema). A physikalis jelek itt ugyanazok, a minők az újszülöttek atelectasiájánál, megjegyezve, hogy ezen esetekben hörgi légzést gyakrabban hallunk. Az összenyomott tüdőrész terjedelméhez mérten a légzési szám szaporodott, sőt olykor orrszárnyi légzést is látunk, láz azonban hiányzik.

Pneumoniával lehetne összetéveszteni az atelectasist; ha azonban a mellkasnak az alakját és egyéb viszonyokat, a melyek a compressiót okozhatták s másrészről a láznak a hiányát tekintetbe veszszük, akkor pneumoniától könnyen megkülönböztethetjük.

Pneumonia crouposa. Gyakori megbetegedés a gyermekkorban; jól fejlett gyermekeknél hirtelen szokott fejlődni. Kisebb gyermekeknél gyakran eclampsia vezeti be, nagyobbaknál rázó hideg. A hőmérsék hirtelen felemelkedik 39·0—40·0° C.-ra, sőt magasabbra is és csekély reggeli leszállásokkal meg is marad a betegség végéig, a mikor — 5—7 nap múlva — profus-izzadás kiséretében hirtelen lesülyed a normálisra, vagy az alá (crisis). (12. ábra.) A lázon kívül az első symptomák közé tartozik a szapora légzés, mely különösen — ha a mellhártya is lobos — felületes, nyögő, az orrszárnyak élénk részvételével. Az orrszárnyaknak a játszása, nyögő légzéssel rendkívül characteristikus pneumonia crouposára. A kisebb-nagyobb dyspnoenak megfelelőleg, az alsó borda közötti izmok minden belégzésnél erősebben vagy gyengébben befelé húzódnak.



12. ábra.
Pneumonia crouposa lázgörbéje.

Az arcz fájdalmas kifejezést ölt, szemek csillogók. A sírás rendszerint nem tartós és nem hangos, miután ez fájdalmas a betegnek, még így is a gyenge hangú sírást, kínzó köhögési roham szakítja félbe, a mely alatt az arczkifejezés még fájdalmasabbá válik.

Az érintett jeleknek megfelelőleg, a tüdő vizsgálatnál physikalis eltéréseket is találunk, bár sokszor a megbetegedés kezdetén, ezen tünetek nem kifejezettek. Kopogtatásnál a lobos tüdőrészlet felett, kifejezett tompulatot találunk, bár a kezdeti időszakban a tompulat helyett inkább tompult-dobos a kopogtatási hang és a tompulat csak a 2—3-ik napon lép előtérbe.

Megjegyezzük még, hogy különösen a centralis pneumoniák-nál az első napokban rendszerint kopogtatási eltérést alig találunk, sőt nem ritkák azon esetek sem, a midőn csak a betegség vége felé lép előtérbe a lobos tüdőrészlet felett a tompulat. A normalis lefolyású esetekben a tompulat a defervescentia idejéig változatlanúl fennáll, sőt olykor még ezután is csak napok múlva tisztúl fel teljesen. Hallgatódzásnál sokszor az első tünetek közé tartozik az erősbödött bronchophonia, a mely mellett tompább vagy élesebb hörgi légzést, néha gyengült légzést hallunk, a mely csak bizonyos idő múlva megy át a hörgibe, e mellett apró, egyenlő hólyagú, vagy nagyobb vegyes hólyagú szörtyzörejeket, a melyek különösen az oldódási szakban megszaporodnak.

A pneumonia crouposa (feltéve, hogy elsődlegesen lép fel), jóindulatú megbetegedés, az esetek többségében complicatio nélkül folyik le; szívgyengeség tünetei sokkal ritkábban jelentkeznek, mint felnőtteknél. Ha a pneumonia crouposa tartama elüt a rendestől, szokatlanúl hosszú

ideig fennállanak a tünetek, habár nem is olyan kifejezetten, akkor a pneumonia chronikus alakba ment át, a mely különösen az alsó lebenyekben, de olykor a felsőkben is és első sorban a jobb középlebenyben szokott tartós lenni.

A chronikus pneumonia is azonban rendszerint, ha csak nem tuberculosis képezi az alapokát, hosszabb idő múlva oldódásba megy át.

Gyakrabban complicálódik a pneumonia crouposa pleuritis exsudativá-val, illetve empyemá-val, a melyekről alább lesz bővebben szó.

Lehet végre, hogy a pneumoniás tüdőrészlet nem oldódik fel, hanem carnificálódik: a tüdő kötőszöveti hálózata megszaporodik, az alveolusokat sarjszövet tölti ki; a lobos tüdőrészlet zsugorodik. A zsugorodott tüdőrészlet felett a mellkas besüpped, a physicalis vizsgálat csak néhány szörtyzörejt és tompulatot mutat. Az ilyen tüdőszövet különösen alkalmas a gümőkór kifejlődésére, a mely pneumonia crouposa után szintén nem tartozik a nagy ritkaságok közé.

A pneumonia crouposa változatai közül már volt szó a pneumonia crouposa centralis-ról. Említettük, hogy physicalis eltéréseket kezdetben nem találunk; ezek — tompulat, hörgi légzés — olykor csak a betegség végén lépnek előtérbe, a kezdet azonban olyan, mint croupos pneumoniánál, azon különbséggel, hogy gyakrabban észlelhetők a betegség kezdetén eclampsiák, hányás, sopor, deliriumok, tarkómerevség stb. Jellegzetes azonban centralis pneumoniára is a rövid, száraz, fájdalmas köhögés, dyspnoe, szapora légzés, (orrszárnyi és nyögő) magas láz, esetleg herpes labialis.

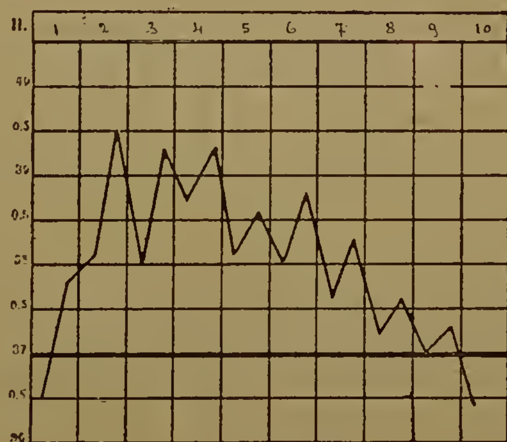
Hasonlóképen súlyos, diffus agyi-tüneteket okozhatnak a felső lebenyekben fejlődő pneumonia crouposák, a melyeket ezért pneumonia cerebralis-nak is szoktunk nevezni.

Egy másik változat, a vándorló tüdőgyulladás, pneumonia migrans, melyre jellegzetes a lobnak tovaterjedése a tüdő-szövetében. A pneumonia terjedését mindig újabb hőemelkedések jelzik, a láznak magassága azonban rendszerint nem éri el az elsődleges beszűrődésnél észlelt láznak magasságát.

Megemlítjük még az intermittáló pneumoniát, a melyet eddig nem nagyon sok esetben észleltek. A napnak bizonyos idejében ugyanis kifejezett fájdalmasság, köhögés, láz, léptumor és jól kimutatható infiltratio észlelhető, a mely tünetek a napnak más részében egészen eltűnnek.

Pneumonia catarrhalis. Bronchopneumonia. Önállólag is elég gyakran lép fel, vagy más betegség, mint morbilli, pertussis bélhuzam-megbetegedések stb. szövődményeképen. Különösen gyengébben fejlett gyermekeknél szokott fejlődni. Jellegzetes rá, hogy a kezdete nem olyan viharos, mint pneumonia crouposánál, a mi onnan magyarázható, hogy a tüdőnek nem egy egész lebenye szüremkedik be, hanem a lebenynek csak kisebb vagy nagyobb része. Az esetek többségében huzamosabb ideig fennálló bronchitis előzi meg; a lob a bronchusok mentén tovább terjed a tüdő-szövetére és egyes kis góczok képződnek, melyeknek az összefolyásából keletkezik a physicalis eltéréseket mutató catarrhalis pneumonia. Miután az egyes góczok között még légtartó tüdő-részletek is vannak, a tompulat és a hörgi légzés nem szokott olyan kifejezett lenni, mint pneumonia crouposánál. E mellett

a lázmenetben is eltérést találunk, a mennyiben a reggeli hőemelkedés 38—38·2° C.-nál nem szokott sokkal magasabb lenni, vagy láz egyáltalában nincs reggel, az esti hőemelkedések pedig 38·5—39·0° C.-nál magasabbra nem emelkednek. (13. ábra.) Annyiban is eltér a pneumonia crouposától, hogy míg utóbbi csak ritka esetekben szokott kétoldali lenni, addig a catarrhalis pneumonia gyakran mindkét alsó lebenyben egyszerre lép fel. A betegség tartamára azt jegyezzük meg, hogy, míg a pneumonia crouposában szenvedő beteg, rendszerint egy súlyos betegnek a benyomását teszi ránk, addig a catarrhalis jellegűnél a betegnek a közérzete nincs annyira zavarva: deliriumok, sopor stb., majdnem sohasem észlelhetők. A lefolyást illetőleg lényeges eltérés a két pneumonia között, hogy míg a rostonyás tüdőlob az 5—7-ik napon crisissel végződik (ha complicatio nem lépett fel), addig a hurutos tüdőlobnak a lefolyása rendes körülmények között 2—3 hét, esetleg még több. A hurutos tüdőlobnál tehát az infiltrált tüdőrészlet csak lassan, — bő zörejek kiséretében — a melyek néha már a betegség első napjaiban nagyszámban hallhatók, oldódik, vagyis lytice végződik.



13. ábra.
Pneumonia catarrhalis lázgörbéje.

Kis, circumscript bronchopneumoniák prognosisa elég kedvező. Kiterjedtebb, különösen pedig kétoldali hurutos tüdőlobnál a prognosis komolyabb, mint a rostonyás tüdőlobé, mert előbbi inkább gyengébb gyermekeknél fejlődik ki s másrészről a hurutos-gyulladás gyakran

átmegy tuberculosisba, illetve már kezdettől fogva tuberculotikus alapon fejlődött.

P n e u m o n i a h y p o s t a t i c a. Hosszas betegségek után fejlődik, huzamosabb háton való fekvés mellett, különösen szívgyengeség jelenlétében. Tüneteit illetőleg, nem tér el a már ismertetett pneumoniáktól, tekintve azonban, hogy nem okoz túlmagas lázakat, nem jelentkezik viharosan, a két alsó lebenyre szokott gyakrabban szorítkozni, inkább a hurutos jellegű pneumoniához hasonlít, mint a rostonyáshoz. A tünetei: mérsékelt láz, tompulat, hörgi légzés s bőven zörejek. Prognosisa, az előrement hosszas betegség és a gyengült szívműködés miatt mindig komoly.

T u b e r c u l o s i s p u l m o n u m. Gyakori megbetegedés tuberculotikus családok gyermekeinél. Vagy önállóan fejlődik és pedig az 1—12. életévig leggyakrabban, vagy előrement betegségekhez csatlakozik, mint kanyaróhoz, pertussishoz, pneumoniához, diphtheriához, a midőn az említett betegségek az eddig latens tbc.-t felszínre hozzák. Bár gyakran együtt észlelhető a már tárgyalt peribronchiális mirigy elsajtosodással, tekintve, hogy a hörgök körüli mirigyek megnagyobbodása, illetve elsajtosodása esetén is sok esetben a tüdőmegbetegedésnek a tünetei lépnek előtérbe: kivánatos, hogy a tüdőtuberculosist külön is megemlítsük.

A gyermekek tüdőgümőkórja a felnőtteknél észlelhető tünetektől alig tér el; itt is megtaláljuk a habitus phthisikust, a mellkas felett kimutatható eltéréseket, stb., a melyek már jókor előtérbe lépnek, úgy, hogy ezzel bővebben nem foglalkozunk. Csak annyit óhajtunk megjegyezni, hogy a haemoptoë a gyermekek gümőkórjánál sokkal ritkábban fordul elő, mint a felnőtteknél és hogy a jobb közép lebeny majdnem olyan gyakran képezi az elsődlegesen kimutatható

gócznak a helyét, mint felnőtteknél a felső-lebenyek. A csecsemő- és a fiatal gyermekkorban előjövő tüdőgümőkóros megbetegedések, ha a sputumból tbc. bacillusok kimutatása nem sikerült, igen nehezen kórismézhetők, különösen, ha a tüdők felett lényegesebb eltérést nem találunk, v. ha a lelet nem felel meg azon symptomáknak, a melyek tuberculosisra jellegzetesek, hanem inkább bronchopneumonia képét utánozzák. Ilyen esetekben a következőkre kell ügyelnünk.

1. Tuberculosis mellett szól, ha rendszeres táplálás s aránylag elég jó étvágy daczára, lassú, de folytonos soványodás észlelhető (néha a soványodás rapid).

2. Ha a nélkül, hogy étrendi hiba történt volna, minden kezelésnek ellentálló igen bűzös székletek lépnek fel.

3. Ha minden kimutatható ok nélkül esténkint magasabb lázak észlelhetők.

4. Ha a köztakarón nodus scrophulosorumok, vagy scrophulodermák, illetve valamely csontban vagy ízületben gümős bántalom áll fenn.

5. A háton, felkarokon látható hypertrichosis, valamint a tbc.-us habitus ugyancsak gümőkór mellett értékesíthetők.

6. Tetemesen megnagyobbodott mesenterialis, valamint kimutatható peribronchialis mirigyek (lásd fentebb) határozottan gümőkór mellett szólnak.

7. Végre tekintetbe veendő az anamnesis.

G a n g r a e n a p u l m o n u m. Ritka. Másodlagosan szokott előfordulni pneumonia, vagy a tüdőbe került idegen test, súlyosabb morbilli után, pyaemiás folyamatok mellett, továbbá a tüdőbe áttört s elgenyedt peribronchialis mirigyek folytán.

Tünetei: magas láz, tompulat, hörgi, majd amphorikus légzés, az üszkös tüdőrészlet felett nedves zörejek, e

mellett rendkívül bűzös lehelet érezhető nemcsak a beteg közvetlen közelében, hanem már távolabbról is. A köhögés kínzó. Nagyobb gyermekek rendszerint piszkos gennyes köpetet üritenek, a melyben ruganyos rostokat találhatunk.

A gangraena pulmonum lehet vagy diffus, a midőn valamely tüdőnek egy egész lebenye szétesik s okvetlen halálhoz vezet, vagy körülírt, ha valamely tüdőrészletben localizálva marad kis területen, a midőn a gangraenosus tüdőrészlet eltávolodása s a visszamaradt űrnek sarjakkal való kitelődése után gyógyulásba mehet át a folyamat. A gangraena pulmonumot a rendkívül erős bűz miatt össze lehetne téveszteni stomatitis ulcerosával s a pofa belfelületén kezdődő nomával, septikus diphtheriával, továbbá huzamosabb idő óta fennálló bronchiectasiával, a melyben a pangó váladék ugyancsak bűzt terjeszthet, esetleg a tüdőbe áttört empyemával.

A száj és torok megtekintése már elegendő arra, hogy az említett száj- és torok-betegségeket kizárhassuk, a bronchiectasiát illetőleg pedig a következőkre kell figyelnünk: 1. bronchiectasiánál jellegző a reggeli órákban, a felébredés után jelentkező bő köpet, míg a gangraena pulmonumnál ez hiányzik; 2. csak ezen reggeli, bőséges köpetnek van kellemetlen édeses szaga, míg a napközben expectorált váladéknál ez alig érezhető; ugyanez áll a leheletre is, míg gangraena mellett a lehelet állandóan intensive bűzös; 3. bronchiectasia mellett a közérzet elég jó, láz nincs, vagy csekély, míg gangraena pulmonumot sokszor rázó hidegek kísérik, e mellett kisebb-nagyobb-fokú elesettség s állandó magas láz észlelhető; 4. a mellkas kopogtatási s hallgatódzási viszonyai bronchiectasiánál a szerint változnak, a mint a tágult hörg tele van vála-

dékkal, vagy kiürült, míg gangraena pulmonumnál a physicalis lelet a fentebb említett tüneteket mutatja, végre 5. gangraena pulmonum mellett, mindig sikerül alveolaris szerkezetü tüdőrészleteket kimutatni a köpetben a míg ez bronchiectasiánál hiányzik. A tüdőbe áttört empyemánál is erős foetor ex ore érezhető, csakhogy empyema mellett a tüdők feletti physicalis lelet más, mint gangraena pulmonumnál, (l. később) másrészről jellegző áttört empyemára, hogy a beteg tele szájjal üriti a gennyes köpetet néhány napon keresztül a míg a geny kiürül, mely után a tüdők feletti physicalis lelet is módosul s a szájbűz is fokozatosan csökken.

Tompa kopogtatási hangot adnak továbbá a mediastinalis tumorok is, ezekről már fentebb volt szó; és végre az Actinomycosis pulmonum. Igen ritka. Hurutos tüdőlob tüneteit mutathatja, a nélkül, hogy láz volna jelen. A diagnosist egyedül csak a sugár-gombáknak a kimutatása biztosítja, a melyeket a köpettel kiürült kénsárga szemcsékben találhatunk.

Könnyebb a diagnosis, ha a tüdő, illetve a pleura actinomycotikus folyamata a mellkas felületén is számos sípoly-járatot képez, a mely járatokból ugyancsak ürülnek kénsárga csomócskák, a melyekben a sugár-gomba fellelhető. Jellegző, hogy a sípoly-járatok közötti bőr majdnem deszkakeményen beszűrődött, a mely nyomásra nem fájdalmas. A folyamat tovaterjedésével a légszomj növekedik, ajkak állandóan cyanotikusak, arcz vizenyős, a mellkasi, nyaki, sőt a hasi venák is rendkívül tágultak. Étvágy csökkent. Végre az actinomycotikus folyamatnak jelentékenyebb kiterjedésével a beteg a légszomj és szívgyengeség tünetei között mortuál.

Resistens tompulatot adó mellűri bántalmak.

Mindazon tüdő, illetve mellhártya megbetegedéseket soroljuk ide, a midőn a mellkasűrben valamely okból származott folyadék van. Ezek a következők:

1. Mellhártya-lob (Exsudatum pleuriticum). 2. Geny-mell (Empyema thoracis). 3. Mell-vízkór (Hydrothorax). 4. Echinococcus pleurae.

A pleurának a lobja bár elsődlegesen is előfordul, az esetek többségében secundär megbetegedés. A pneumonia a leggyakoribb betegség, a melyhez csatlakozik, s a melylyel vagy egyszerre lép fel, mint pleuro-pneumonia, vagy annak az oldódása után fejlődik ki az izzadmányos lob. Az izzadmány már vagy kezdettől fogva gennyes, vagy eleinte savós s csak később válik gennyessé.

Ha a pleuritis, pneumonia után keletkezik, akkor a lázak vagy egyáltalában nem szűnnek meg a tüdőlob lezajlása után, vagy ha már megszüntek, az ismét fellépő láz hívja fel figyelmünket a többi tünetek mellett a mellkas megvizsgálására. A láz mellett nagyobb gyermekek még élénk mellkastáji fájdalomról panaszkodnak, kisebb gyermekek arcza fájdalmas kifejezést mutat. Köhögés száraz, fájdalmas; a pleuritisnek a fejlődő stadiumában néha igen izgatott jellegű A légzések száma a láztól és az izzadmány mennyiségétől van feltételezve, mérsékelt mennyiségű izzadmány alig okoz légzési nehézséget, bő izzadmány mellett dyspnoet, orrszárnyi és nyögő légzést találunk; utóbbi esetben a bordaközök elsimultak, a mellkasfél, különösen annak alsó részlete elődomborodik. A mellrezgés a gyermekkorban kevésbbé megbizható tünet; a mellkasfél visszamaradása kifejezett szokott lenni. Characteristikus a resistens tompulat, bő izzadmány

mellett, a melyet tüdő infiltratio esetén sohasem kapunk s a mely tünet becses azon esetben, ha a tompulat felett hiányzik a gyengült légzés, ellenben éles hörgi légzést hallunk, a mint ez kisebb gyermekek pleuritisénél sokszor tapasztalható. Nagyobb gyermekeknél a légzés az illető mellkasrész felett gyengült, sőt majdnem teljesen hiányzik. A resistens tompulat különösen a mellkasnak az alsóbb részlete felett jól kifejezett, fent az izzadmány határán dobosan áthangzó szokott lenni a kopogtatási hang.

Baloldali izzadmány mellett a Traube-féle tér is megkisebbedett, a szívnek a jobbfelé való dislocatiója, egész a jobb mamillaris vonalig — nem tartozik a ritkaságok közé. Jobboldali exsudatum mellett elég értékes tünet a májnak a mélyebb állása is. A pleuritis kezdetén, a mikor még kevés folyadék van, vagy a felszívódás stadiumában, a mikor már a pleura-lemezek egymással érintkezhetnek a dörzs-zörej eléggé kifejezett, melyet olykor tapinthatunk is és adott esetben szintén értékesíthető a diagnosis megállapításánál.

A prognosis tekintetében fontos tudnunk, vajjon a termelt izzadmány savós, vagy gennyes-e? erre nézve a következőkre kell ügyelnünk. 1. Hevenyfertőző betegségek, különösen scarlatina után a termelt izzadmány rendszerint gennyes. 2. Gennyes izzadmány mellett kifejezettebb a dyspnoe, miután az izzadmány a mellkas felét egész a kulcs-csontig kitölti. 3. Bő gennyes izzadmány felett a mellkas bőre oedematosus, fénylő. 4. Ha pleuritis mellett rázó hideggel egybekötött intermittáló jellegű lázak jelentkeznek, — empyema mellett szól; ez azonban nem kétségtelen, mert észlelhetünk rázóhideg nélküli, sőt feltünőbb láznélküli empyemát is. 5. Kétséges esetekben a próba-csapolás tájékoztat bennünket. (Az aseptikus

cautelákon kívül különösen arra kell ügyelnünk próba-punctiónál, hogy elegendő vastag tűvel s jól záró fecskendővel végezzük a próba-csapolást, mert sűrű geny jelenlétében esetleg a próba-punctio negative üt ki.)

A mi a pneumonia és a pleuritis közötti differentiális diagnosist illeti, a következőket tartsuk szem előtt: bő izzadmány jelenlétében, a midőn a mellkas elődomborodik, a tompulat resistens, a légzés gyengült, vagy alig hallható, a mellrezgés ugyancsak gyengült, a mellkasfél légzésnél visszamarad stb. alig téveszthetjük össze a pleuritist pneumoniával; kevesebb izzadmány mellett azonban, ha a légzés esetleg hörgi jellegű, a hörgi szózat erősbödött, sokkal nehezebb a diagnosis. Ilyenkor, ha esetleg próba-punctiót nem akarunk végezni, vegyük tekintetbe azon igen fontos jelt, mely szerint pneumonia mellett, a sinus phrenico-costalis, azaz ama domborulatával lefelé néző félhold alaku pótló űr, mely mellől a VI. bordaporcz szegyi végétől oldalvást a X. borda felső széléig húzódik, nem tűnik el, tehát a kopogtatási hang felette nem tompult. Alsó lebeny pneumoniánál tehát a beszűrődés és a máj, illetve léptompulat között még kapunk egy keskeny félhold alakú csíkot, a mely felett tompulat nincs.

Pleuritis jelenlétében az izzadmány a legmélyebb helyet igyekszik elfoglalni s így már a pleuritis kezdetén megtelik ezen sinus folyadékkal, a kopogtatási hang tehát tompa a sinus felett is.

E mellett pleuritisnél a tompulat lefelé mindinkább absoluttá válik, a mi ugyancsak pneumonia ellen szól.

Pleuritis sicca-t össze lehet téveszteni kis góczi-pneumoniával, miután a dörzszörej olykor nagyon hasonlít a

bronchopneumoniás ropogó zörejekhez, utóbbiak a betegek köhögtetésénél vagy teljesen eltűnnek vagy számuk kevesbedik, míg előbbi, köhögés után is változatlan marad.

Hydrothorax. Következményes megbetegedés, mely előáll szívműködés elégtelenségnél, különösen pedig scarlatina után fellépett veselobnál, szervi szívbajnál, ritkán hydraemiánál. Mindezen esetekben savós átömlés történik a pleura űrbe, a nélkül, hogy maga a pleura beteg lenne.

Tüneteit képezik: tompulat a mellkas mindkét alsó része felett hátul, gyengült légzés, olykor bő ropogó zörejekkel, a melyek az összenyomott tüdőből származnak, és a mellvízkór nagyságának megfelelő fokú dyspnoe. Exsudatum pleuritikumtól könnyű megkülönböztetni, mert: 1. Többnyire kétoldali, de azon esetben, ha a beteg állandóan az egyik oldalán fekszik, azon oldalon magasabbra emelkedik a tompulat. 2. Fejlődését úgy veselobnál, mint szívbajnál anasarca, ascites, szóval általános hydropikus tünetek előzik meg s kísérik. 3. Lázat nem okoz, ellenben a dyspnoe, cyanosis sokkal jelentékenyebb, mint pleuritisnél. 4. Az anamnesis és a többi kisérő tünetek teljesen felvilágosítanak a bántalom természete felől. 5. Végre a punctióval kapott folyadék (transsudatum) vizsgálata, (l. hasiszervek betegsége) eldönti a diagnosist.

A veselobot követő hydrothorax prognosisa jobb, mint a szívbajnál észlelhető, mert utóbbinál a közeli exitust jelzi.

Echinococcus pleurae. Felette ritka betegség. A taenia echinococcusnak ezen fiatalkori alakja a vérárammal mindenüvé eljuthat, így a tüdő, vagy pleurába is.

Az echinococcus pleurae tüneteit képezik: köhögés, néha véresköpet, lesoványodás, mérsékelt lázak, ha elég nagy a tömlő, dyspnoe; e mellett a physicalis vizsgálatnál az illető mellkasfélen resistens tompulatot kapunk. Hallgatódzásnál, ha a képződött tömlő elég nagy s elegendő folyadékot tartalmaz, a légzés gyengült. Ha az echinococcus a tüdő mélyebb részében képződött, akkor ezt alig tudjuk másképen diagnostizálni, mint a köpetben található horgokból és scolexekből; de ha a tüdőszövet felületes részében képződött a tömlő, vagy ha épen a pleuraűrben, akkor a physicalis tüneteken kívül felhívja figyelmünket azon körülmény, hogy a próba-punctiónál kapott folyadék víztiszta (tehát nem sárgás, mint pleuritisnél), a mely fehérnyét nem, vagy csak nyomokban tartalmaz s a melyben horgok, esetleg scolexek is lelhetők.

Az echinococcus pleuraet, legkönnyebben pleuritissel lehetne összetéveszteni, miután mindkettőnél megvan a resistens tompulat és a gyengült légzés, e mellett részben a melléktünetek is egyezők. Bár a mint említettük, már a punctiónál kapott echinococcus folyadék színe is elüt a pleuritisnél megszokott sárgás folyadék színétől, a mellett a górcsövi vizsgálattal horgokat találhatunk az echinococcus tömlőből pungált folyadékban; mégis fontos jelnek tartjuk azon körülményt, hogy echinococcusnál a folyadék, miután zárt tömlőben van, nem süppedhet le a pleuraűr legmélyebb részébe, mint pleuritisnél, ezért a kopogtatási hang a mellkas legalsóbb része felett nem absolut tompa, a mely körülmény tehát, mint azt fentebb láttuk, szabad pleuritis jelenlétét egyenesen kizárja.

Eltokolt mellűri izzadmánytól csak a próba-punctióval különböztethetjük meg.

Dobos kopogtatási hangot adó mellűri-megbetegedések.

Légmell. Pneumothorax. Előállhat trauma folytán keletkezett alveolus, illetve pleura-rupturáknál, továbbá, ha tbc.-us caverna áttörik a pleuraűrbe, illetve, ha empyema tört be a tüdőbe; utóbbi esetekben pyopneumothoraxról beszélünk. A légmellnek tüneteit képezik kisebb-nagyobb-fokú dyspnoe, cyanosis, a bántalmazott mellkasfélnek a kidomborodása a bordaközök elsimulásával, a mely felett dobos kopogtatási hang és amphorikus légzés hallható.

A traumatikus úton létrejött légmellnek a prognosisa elég jó, a levegőnek a felszívódásával az említett tünetek elég gyorsan visszafejlődnek.

Emphysema pulmonum. Tulajdonképen valódi emphysema a gyermekkorban alig fordul elő. Gyakrabban észlelhetjük az úgynevezett ectasia pulmonumot, a mely mindig következményes megbetegedés s különösen súlyosabb pertussis, légcső-stenosisok, idült hörghurut stb. mellett fordul elő. A szívtompulat jelentékenyen megkisebbedett, vagy egészen el is tűnt, a tüdőhatárok, úgy mellül, mint hátul 1—2 bordával lejjebb terjednek s az egész mellkas, de különösen a tüdőknek az alsó szakaszai felett dobosan áthangzó, vagy kifejezett dobos a kopogtatási hang. A légzés kismértékben nehezített is lehet. Az ectasia pulmonum az alap-oknak a megszüntével ugyancsak visszafejlődik.

Ezenkívül dobos kopogtatási hangot találunk még tüdőbeli cavernák felett, rostonyás tüdőlob első s végszakában, valamint a gangraena pulmonum előhaladottabb stadiumában stb., mindezen elváltozásokat azonban, miután ezen esetekben nem a dobos kopogtatási hang a cardinalis symptoma, helyesebbnek véltük fentebb tárgyalni.

Gyakoribb tüdő- s mellhártya-betegségek táblázatos összefoglalása I.

	Bronch. cat.	Tbc. miliaris ac.	Pneum. crouposa	Pneum. catarrhalis	Exsudat. pleurit.	Bronch. crouposa
Kezdet	Elég gyors	Lappangó	Hirtelen, olykor eclampsiák	Lassú, fokozatosan fejlődik	Vagy hirtelen, v. lappangó	Olykor hirtelen, olykor fokozatosan fejlődő
Kopogtatási eltérés	Nincs	Nincs	Tompulat	Mérs. tompulat	Resistens tompulat	Nincs
Hallgatódzási eltérés	Durva zörejek	Gyakran csak elszórtan finom zörejek	Erősbödött bronchophonia, éles hörgi légzés, az oldódási stadiumban zörejek	Hörgi légzés, bő zörejek	Gyengült, olykor tompa hörgi légzés	Apró zörejek, néha gyengült légzés
Láz	Olykor hiányzik, olykor pár napig tartó 39—40° C.	Febris continua remittens, vagy febris intermittens	Febris continua, 5—7—9 nap mulva crisis	Reggel láztalan, v. 38·0° C. este 38·5—39·0° C. lassú oldódás	Olykor mérsékelt, olykor magas láz typus nélkül	39·0—40·5° C.
Légzés	Sípoló, kissé nehezitett	Dyspnoëtikus, »repülő«, 60—80 perczenként, mérs. cyanosis	Orrszárnyi, nyögő, szapora s felületes légzés	A pneumoniás góczok nagyságának megfelelőleg szapora, kissé nyögő és orrszárnyi légzés	Csekély izzadmánynál alig változik, bő izzadmány mellett dyspnoë, cyanosis	Nagyfoku dyspnoë, cyanosis, mérsékelt jugularis, erősebb scrobicularis behuzódás

Gyakoribb tüdő- s mellhártya-betegségek táblázatos összefoglalása II.

	Bronch. cat.	Tbc. miliaris ac.	Pneum. crouposa	Pneum. catarrhalis	Exsudat. pleurit.	Bronch. crouposa
Közérzet	Néha teljesen jó, máskor kissé befolyásolt	Nagyfokú elesettség	Néha csak kissé befolyásolt, néha somnolentia, deliriumok	Mérsékelt infiltratiónál elég jó, kiterjedtnél rossz	Az izzadmány mennyiségével áll arányban	Rossz, nagyfokú nyugtalanság
Egyéb tünetek	Conjunctivitis, coryza, laryngitis cat.	Hirtelen nagyfoku lesoványodás, léptumor, tbc. bacillusok a köpetben, esetleg tuberculumok a chorioideán	Fokozott mellrezgés, csekély scrobic. behuzódás; kipirult arcz, csillogó szemek; gyakran herpes labialis	Kissé fokozott mellrezgés; anamnesis: előrement hörghurut, kanyaró, pertussis	Mellrezgés gyengült, a pótló űr eltűnt; beteg a kóros oldalon fekszik; kóros mellkasfél kidomborodik	Aphonia, esetleg diphtheriás felrakódás a torokban; a garatból Löffler-féle bacillusok tenyészthetők ki
Tartam	3—8 nap	2 – 4 hét	3—7—9 nap	3 – 4 hét	1—6 hét	1—8 nap
Kimenet	Gyógyulás vagy idültté válik; bronchopneumoniába megy át	Mors.	Gyógyulás v. mors. (4—8%); pleuritis, ritkán interst pneum. még ritkábban abscessus	Gyógyulás v. mors (40—50%); chron. pneumonia	Gyógyulás vagy exitus lethalis; savós után megvastagodott pleura, genyesnél a kóros mellkasfél besüpped; ha tbc. alapon fejlődött, mors.	Mors, igen ritkán gyógyulás

A szív és szívhártyák betegségei.

A gyermekkori szív helyzete lényegesen különbözik a felnőttek szív-viszonyaitól s ezért ezt néhány szóval megemlítjük. 1—2 éves gyermeknél a relativ szívtompulat felső határa, bal oldalt a 2-ik borda (absolut a 3-ik bordán), 4—6 évesnél már valamivel lejjebb, körülbelül a 2—3-ik borda közben (absolut a 3-ik borda alsó széle), s 10—12 éves gyermeknél a relativ szívtompulat a 3-ik bordára esik (absolut a 4-ik borda alsó széle). A szívnek belső (jobb) határát a bal szegyszél képezi, míg kifelé a szívtompulat a csúcslökés helyét kissé meghaladja. A szívcsúcslökés helye az első életévekben a 4—5-ik bordaköz, 1—2 cmre a bimbóvonalon kivül; az 5—6-ik években a bimbóvonalban és a 8—12-ik életévekben a bimbóvonalon belül az 5—6-ik bordaköz. Hallgatódzásnál, fiatal gyermekkori szív felett a systolikus hang kifejezettebb, mint a diastolikus.

Szívbántalmaknál változott lehet a tompulatnak nagysága és a hangoknak minősége.

A gyermekkori szívbetegségeknél első sorban azt kell kutatnunk, vajjon a szívbaj veleszületett-e, (fejlődési rendellenességek) avagy szerzett? Néha ezen kérdésnek az eldöntése elég nehéz.

Veleszületett szívbaj mellett szól, ha a gyermek asphyxiában született, ha a gyermeknek ajkai, körmei stb. vagy állandóan kékesen szineződtek, vagy sírásnál elkékülnek, ha dobverő jellegű ujjakat találunk, ha a szív felett észlelt systolikus zörejt (cong. szívbajoknál diastolikus zörej alig fordul elő) erősnek, majdnem érdesnek, kiterjedtnek halljuk s végre, ha a vizsgált gyermek az

első életévekben van, mert ilyen korban a szerzett szívbaj még alig fordul elő. (Olykor mindezen tünetek hiányozhatnak is.) (14. ábra.) Ezen általános tünetek mellett mérsékelt tompulati eltérést is találunk és pedig rendesen a jobb szívfélen. A szívtompulat befelé a következő cong. szív-



14. ábra. Vitum cordis congenit.

bajoknál nagyobbodott meg: tüdőütér-szűkületnél, valamint a Botall-féle vezeték nyitva maradásánál, a gyomor-sövény defectusainál, a bal visszeres szájadék-szűkületénél és billentyűinek elégtelenségénél, valamint a háromhegyű billentyű elégtelenségénél és a jobb visszeres szájadék-szűkületénél.

A jobbszív túltengése mellett systolikus zörejt hallunk a következő cong. szívbántalmaknál: tüdőütér-szűkületnél a szegycsont mellett a bal 2-ik bordaközben, ugyancsak itt halljuk a zörejt a Botall-féle vezeték nyitva maradásánál is. A különbség a kettő között az, hogy tüdőütér-szűkületnél a cyanosis sokkal kifejezettebb, míg Botall-féle vezeték nyitva maradásánál a pulmonalis II-ik hangja ékelt. A gyomrocs-sövény defectusainál ugyancsak erős systolikus zörejt hallunk a szívcsúcson, e mellett a pulmonalis II-ik hangja ékelt; ezen veleszületett szívbajt a későbbi korban szerzett kéthegyű billentyű elégtelenségétől megkülönböztetni csakis a cong. szívbajt kisérő általános tünetek tekintetbe vételével lehet. A jobb visszeres szájadék szűkületénél és billentyűinek elégtelenségénél a systolikus zörej a szegycsont jobb széle mellett a 4—5-ik bordaközben hallható legkifejezettebben, e mellett a cyanosis is igen kifejezett, gyakran oedemás jelenségeket is láthatunk az alsó végtagokon.

A balszív megnagyobbodása veleszületett szívbántalmaknál alig fordul elő, valamint diastolikus zörejt is csak igen ritkán hallhatunk, olykor háromhegyű billentyű elégtelenségénél találhatjuk.

Ha a veleszületett szívbajok combinálódnak, a mint az gyakran megtörténik pl. a tüdőütér-szűkület gyomor-sövény defectussal, vagy a tüdőütér-szűkület a Botall-féle vezeték nyitva maradásával stb., akkor még nehezebb a diagnosis, különösen, ha tekintetben veszszük, hogy egyes veleszületett szívbajok, mint pl. a foramen ovale nyitva-maradása semmiféle tünetet nem okoz.

A szerzett szívbajok rendszerint a felnőttebb gyermekkorban jelentkeznek, vagy önállóan, vagy a mi

gyakoribb scarlatina után, vagy polyarthritis rheumatica és chorea minorral kapcsolatban.

A szerzett szívbajoknál is változott lehet a tompulat, a szívhangok és a csúcslökés helye. Jobbfelé megnagyobbodott a szív: kéthegyű billentyű elégtelenségnél (szívcsúcson hallható systolikus zörej, pulmonalis II-ik hangja ékelt); bal visszeres szájadék-szűkületénél (szívcsúcson diastolikus zörej); tüdőütér szájadékának szűkületénél, (systolikus zörej a szegycsont bal szélén, a 2-ik bordaközben), vagy billentyűinek elégtelenségénél (diastolikus zörej a szegycsont bal szélén a 2-ik bordaközben). Bal szív túltengését és így a tompulatot megnagyobbodva találjuk: az aorta félholdképü billentyűinek elégtelenségénél, (diastolikus zörej a szegycsont jobb szélén a 2-ik bordaközben); a szájadék szűkületénél (systolikus zörej a szegycsont jobb szélén a 2-ik bordaközben).

Nagyobbodott tompulatot kapunk továbbá endocarditis ulcerosa-nál, mely bántalom ritkán önállóan, gyakrabban más betegségek — különösen fertőző betegségek — után szokott fejlődni. Súlyos megbetegedés, melyet mérsékelt vagy magas lázak kísérnek, ezenkívül rázó hidegek, kis pulsus, typhosus küllem, duzzadt lép és máj a rendes tünetei közé tartoznak. A szív felett kiterjedten systolikus zörej hallható, néha azonban ezen tünet hiányzik.

Nagyfokban megnagyobbodott a szívtompulat, szívburoklob, pericarditis mellett. A tompulat minden irányban kiterjedt, de különösen jobbfelé; nem ritkán a jobb mamillaris vonalig terjed. A kopogtatásnál, a tompulat felett bizonyos fokú resistentia is érezhető. A szívtáj

kissé előemelkedik, s nyomásra érzékeny. Kifelé a tompulat a csúcslökés helyét túlhaladja. Hallgatódzásnál a szívbasishoz közel (legkifejezettebben a 3—4. borda közben a szegycsont bal szélén) dörzs-zörejeket hallhatunk. A pulsus kicsiny, könnyen elnyomható. Légzés dyspnoetikus. A venae jugularesek erősen undulálnak. Láz, savós izzadmánynál, vagy csekély, vagy általában nincs, genyesnél rendszerint magasabb. A máj megnagyobbodott.

A pericarditissel esetleg össze volna téveszthető a hydropericardium (nagy tompulat, nehezített légzés, kis pulsus), mely különösen egyéb billentyű-bántalmak mellett az incompensatiónak előrehaladott stadiumában fejlődhet ki, vagy pedig általános hydrops kapcsán. Különbség a kettő között, hogy hydropericardiumnál hiányzanak a dörzs-zörejek, továbbá oedemás jelenségek (anasarca, ascites stb.) szokták kisérni, a mely tünetek pericarditis mellett nem észlelhetők.

A szívcsúcslökés kifelé helyeződött a jobb szív hypertrophiájánál, valamint kifelé s kissé le is helyeződött a balszív hypertrophiájánál. Ugyancsak erősebben kifelé helyeződött a szívcsúcslökés nagyobbfokú meteorismus, különösen pedig ascites mellett.

Jobboldali nagyobbfokú pyothorax (tompa kopogtatási hang, gyengült légzés), valamint pneumothorax (dobos kopogtatási hang, amphorikus légzés) mellett a szívcsúcslökés olykor a bimbóvonalon kívül 1—2 cm.-rel tapintható.

Befelé helyeződött a szívcsúcslökés baloldali mellűri izzadmánynál, pneumothoraxnál, előbbinél néha annyira, hogy a jobb mamillaris vonalban tapintható.

D e x t r o c a r d i á n á l a szívcsúcslökés a szegycsont jobb szélén érezhető, a szívtompulat pedig a szegycsont jobb szélét jóval meghaladja, míg s i t u s v i s c e r u m i n v e r s u s-nál ugyanilyen szív-viszonyok mellett a máj és lép, esetleg a herék stb. is helyet cseréltek.

Az emésztő-szervek bántalmai.

A száj- és torok-űr betegségei.

Fejlődési rendellenességek: elég gyakori a l a b i u m l e p o r i n u m, a nyulajk, mely lehet simplex, ha a hasadás a felső-ajknak csak az egyik oldalán van, vagy duplex, ha mindkét oldalt hasadt az ajak. A hasadék lehet egész kicsiny, de lehet olyan fokú is, hogy a hasadék a kemény szájpadra is folytatódik, a mikor p a l a t u m f i s s u m-ról, f a r k a s t o r o k-ról beszélünk. Kisfokú nyúlajk a táplálkozást alig zavarja, de nagyfokú, vagy épen farkas-torok jelenléte esetén olykor szopási képtelenség áll be. Ritkább fejlődési rendellenesség a m a c r o s t o m a, a szájnyílásnak kisebb vagy nagyobbfokú megnagyobbodása, az által jön létre, hogy már fejlődésileg kisebb-nagyobb hasadék marad a szájzugtól a fül felé húzódva ívszerüleg. Ennek ellenkezője a m i c r o s t o m a.

Előre ment ulcerosus szájbántalmak után (noma, stomat. ulcerosa) olykor észlelhetjük az a j k a k n a k a z ö s s z e n ö v é s é-t, c o n c r e t i o o r i s, mely néha olyan nagyfokú, hogy az ajkak közepén még megmaradt kerek nyílás csak mintegy mogyorónyi.

A veleszületett m e g n a g y o b b o d o t t n y e l v, macroglossia, a melynek okát a nagyszámú s tágult nyirkedények képezik. Jellegző, hogy a nyelv megnagyobbo-

dása csakhamar a születés után kezdődik s olyan nagyra megnő, hogy nem fér el a szájban, hanem állandóan az ajkak között látható. A nyelést neheziti oly mértékben, hogy művi beavatkozásra van szükség.

Az ajkak pirossága a jó tápláltság és rendes összetételü vér mellett bizonyít, míg halvány ajkak vérszegénységre jellegzetesek. Az állandó vagy csak a sírásnál jelentkező ajkcyanosis mellett gyakran congenitalis szívbajt találunk. Száraz és pörkös ajkakat találunk lázas állapot mellett; míg a széles és megvastagodott ajkak olykor egyedüli jelét képezik a scrophulosisnak.

A csecsemőknél, az ajkakon előforduló elváltozások közül mint egyik leggyakoribbat a rhagadokat említjük, melyek a lues hereditariának egyik becses tünetét képezik.

Állandóan nyitott száj — horkoló éjjeli légzéssel, dunnyogó hanggal s kiemelkedő orr-oldalfalakkal, characteristikus jeleit képezik az orr- s garat-űrben székelő adenoid vegetatióknak.

A fogak-nak a minőségéből is igen fontos következtetéseket vonhatunk a diagnosisra. Egészséges gyermeknek a fogai, valamint a száj-üreg nedvesek, lázas betegnél száraz, olykor pörkkel fedett, fuliginosus fogakat találunk. Csipkézett metszőfogak mellett gyakran találunk luest; a Hutchinsen-féle trias: keratitis parenchymatosa, centralis eredetű süketség és a maradó fogaknak a deformitása biztossá teszik a lues tarda kórisméjét.

A csecsemő-kori fogzás bizonyos időhöz van kötve. A tejfogaknak az áttörése csoportonkint történik. Az első csoportot képezi a 2 középső alsó metszőfog. Ezek egyszerre szoktak mutatkozni a 4—7-ik hóban. Ezután 4 heti szünet áll be, mely után a második fogcsoport, a 4 felső

metszőfog mutatkozik a 8—10-ik hónapokban. (Ezen fog-csoport áttörése utáni idő a legalkalmasabb az elválasztásra.) A harmadik fogcsoport 6 tejfogból áll, a 2 alsó külső metszőfogból és a 4 mellső pofafogból. Ezeknek az áttörési ideje a 12—15-ik hónapok közé esik. A negyedik fogcsoport áttörése a 18—24-ik hónapok alatt történik.



Áttörés ideje:

a 4— 7. hóban.

a 12—15. hóban.

a 8—10. hóban.

a 18—24. hóban.

a 30—36. hóban.

15. ábra. A fogak áttörési ideje.

Ekkor bújnak ki a szemfogak. Rendesen fejlett gyermeknek a második év végén 16 tejfoga van. Végre az ötödik fogcsoport, mely a 4 hátsó pofafogból áll, a 30—36-ik hóban szokott megjelenni. (15. ábra.)

A fogzás most leírt rendes menetének a megzavarását, vagy a késleltetett fogzást, különösen rachitis mellett észlelhetjük. Ugyancsak rachitis mellett, még inkább

lues hereditaria mellett találunk már csecsemőknél cariosus, letöredezett fogakat.

A nyelv színe egészséges gyermeknél élénk piros nedves. Lázas bántalmak mellett száraz, olykor barnás pörkökkel fedett. Bevont a nyelv gyomorhurut mellett, ugyancsak erősen bevont és száraz s csak a széli s csúcsi részein tiszta nyelvet találunk typhus abd. mellett.

Igen jellegzetes a scarlatina mellett előjövő úgynevezett »macska«-nyelv, vagy »málna«-nyelv. A scarlatina kiütés megjelenése utáni 4—5-ik napon az eddig lepedékkel bevont nyelv ugyanis teljesen megtisztul s a nyelv ekkor élénk málnapiros színű és a rajta erősen kiemelkedő papillák miatt málna-nyelvnek vagy macska-nyelvnek is neveztetik. Fontos ezen tünet azért, mert az exanthema eltűnése után is látható néhány napon keresztül, olyan időben tehát, a mikor hámlás még esetleg nem látható a testen. Málna-nyelv jelenléte ekkor elegendő (a többi tünetekkel, mint torok-kép, nyaki mirigyek stb.), hogy a lefolyt scarlatinát diagnostizálhassuk.

Az úgynevezett térkép-nyelvet, lingua geographica-t a régebbi időben a luessel, ujabban a scrophulosissal hozzák kapcsolatba.

A lingua geographicánál fehéres szigetecskék, vagy félkör, esetleg köralaku felrakódások képződnek a különben normalis piros nyelven, a mely felrakódások epithel felhalmozódásból állanak, a luessel semmi összefüggésben nincsenek, néhány hét, vagy hónap mulva nyom nélkül eltűnnek. Olykor kiterjednek a száj-nyálkahártya egyéb részeire is.

A nyelv-féknek a nyelv csúcsához való letapadása, adhaesio linguae-t vagy anchyloglottis-t eredményez.

Ha az ilyen nyelvet ujjunkkal vagy spatulával felemeljük, akkor a nyelv-féknek a hártyás része erősen megfeszül s a nyelvet szabadabb mozgásában akadályozhatja. Gyakran e miatt fordulnak hozzánk a szülők azon panaszszal, hogy a gyermek nem tud jól szopni. A hártyás résznek az átmetszése után a nyelv rendes mozgási képességét csakhamar visszanyeri.

A nyelv-féken előforduló elváltozások közül különösen kettőt említünk, 1. a nyelv-féki fekély, az ulcus sublinguale és 2. a csecsemők nyelvalatti fibromája, fibroma sublinguale, (Fede.)

Az ulcus sublinguale a nyelv-féken székel, mintegy lencsényi, fehéres-szürkés kifekélyesedés, mely az által jön létre, hogy az alsó metszőfogak az erősebb köhögésnél a nyelv-fékbe ütköznek s azt felsebzik. Igen characteristikus a nyelv-féknek kifekélyződése pertussisra s ezért az ulcus sublingualet a pertussis egyik fő diagnostikus jelének tartjuk. Különösen gyorsan fejlődik a nyelv-féki fekély rachitikus gyermekeknél, a kiknek az alsó metsző fogai rendszerint erősebben befelé hajolnak, a hol tehát a nyelv-féknek a fogakhoz való ütődése is sokkal intensivebb. Foggal még nem biró csecsemőknél nem szokott fekély fejlődni, bár ritka kivételképen észleltem egy esetben nyelv-féki fekélyt olyan csecsemőnél is, a kinél az alsó metszőfogak még nem törtek át.

A csecsemőknél észlelhető sublingualis fibroma a ritka megbetegedésekhez tartozik. Fede a 90-es években

írta le először. A nyelv-fék helyén fejlődött gömbölyded tumor nagysága circa kis mogyorónyi, tömött tapintatú, a tetején kis besüppedést mutat; a daganat színe élénk-piros, csak a besüppedt részén látható szürkés szineződés.

A daganat szöveti szerkezetét legnagyobbrészt rostos kötőszövet képezi, néhány heti vagy hónapi fennállás után elmulik. Oka homályos. A kórházunkban észlelt esetben jó hatást láttunk 2—3%-os lapis oldat ecsetelésétől.

Úgy csecsemőknél, mint nagyobb gyermekeknél a nyelv alatt, a szájüreg alapján, lobos tünetektől kisért duzzanatot találunk olykor, melyet Henoch, subglossitis név alatt írt le s mely valószinüleg nem egyéb mint a gl. sublingualisnak fertőzés folytán keletkezett lobja. Láz, nehezített nyelés kísérik a bántalmat, a fő tünetet azonban a nyelv alatt szélesen elterülő, tapintásra vizenyős és érzékeny duzzanat és az ez által fölfelé tolt nyelv képezi. A duzzanat néha visszafejlődik, máskor elgenyed s néhány nap alatt gyógyul. Ne téveszszük össze ezen kórképet a béka-daggal, a ranula-val. Utóbbi cystosus daganat, a nyelv alatt fejlődik, eleinte annak csak az egyik, majd később mindkét oldalára kiterjeszkedve. A ranula nyomásra nem fájdalmas, lázakat nem okoz, lassan fejlődő, hólyagszerü képlet, mely vékony fallal bir, fluctuál s áttetsző folyadékot tartalmaz.

A szájüreg lobos megbetegedései közül első sorban emlitendő a hurutos szájlob, stomatitis catarrhalis. Elég gyakori megbetegedés úgy csecsemőknél, mint gyermekeknél. Előbbieknél különösen a szájban visszamaradt bomló tejrészletek, vigyázatlan (durva) szájmosások okozzák; észlelhető olykor a fogzás

kiséretében is. A nyákhártya a szájűrben élénk-piros, duzzadt, érintésre fájdalmas, annyira, hogy a csecsemő vonakodik szopni; a nyálelválasztás fokozódott. Láz legtöbbször nincs, de olykor mérsékelt lázak kísérik. A betegség rendesen jóindulatú, 2—3 nap alatt az esetek többségében visszafejlődik, ha az előidéző okot megszüntetjük.

A hurutos szájlobhoz gyakran csatlakozik csecsemőknél a szájpenész, soor, melyre jellegzetesek a szájnyálkahártyán sűrün egymásmellé helyezett gombostűfőnyi, élénkfehér felrakódások. Az egymástól izolált foltocskák olykor csak a pofák belfelületén láthatók, rendszerint azonban kiterjednek a foghúsra, az ajkak belfelületére, a kemény- és lágy-szájpadra, sőt néha a garathátfalára is; elég könnyen lekaparhatók, de erősebb ledörzsölésre az alap vérzik. Minél régebben fennáll a folyamat, annál erősebben tapadnak az egyes pontocskák alapjukhoz, s ilyenkor a ledörzsölés mindig vérzést provocál. Okozója a monilia candida nevű gomba.

A soor leginkább újszülötteknél és fiatal csecsemőknél lép fel; a gomba fejlődését elősegíti a nem kellőleg tisztán tartott szájban fejlődött savas erjedés.

Sorvadásos gyermekeknél, valamint idült vagy sorvasztó betegségek, mint typhus vagy phthisis mellett is észlelhetjük olykor. Lázat nem okoz. A szülőkuek a panaszát az képezi, hogy a gyermek nem akar szopni.

A szájpenészt a száj nyákhártyájára, különösen a nyelvre tapadt tejrészletektől azáltal különböztetjük meg, hogy utóbbiak a nyákhártyáról igen könnyen eltávolíthatók, míg a soor foltocskáknál vérzés lép fel, másodszor

microskopice, a midőn a soorra jellegzetes hosszantagolt és elágazódó fonalak, valamint az erősen fénytörő kerek sporák útbaigazítanak.

Sokkal fontosabb a Koplik-féle tünettől való megkülönböztetése, a melyhez néha nagyon hasonlít. A Koplik-féle tünet ugyanis a morbilli prodromalis stadiumában szokott mutatkozni, a kiütés megjelenése előtt 1—5 nappal, körülbelül az enanthemával egyidőben. Rendesen a pofák belfelületén, a fogsorok niveau-jának megfelelőleg apró, tűszúrásnyi szürkés-fehér, piros alapon űlő, sűrűn felrakódott pontocskák lépnek fel. Ha a Koplik-féle tünet csak a pofák belfelületére localizálódik, alig téveszthető össze soorral, mert a gyermek kora (csecsemőknél alig fordul elő morbilli) és a rendszerint már jelenlevő általános hurutos tünetek, Koplik mellett szólnak, de ha a Koplik-féle tünet kiterjed a foghúsra és az ajkak belfelületére is — a mi ritkán ugyan, de észlelhető — ezen esetben csak a microskoppal dönthetjük el a diagnosist.

A stomat. morbillosa-nál a nyákhártya belöveltségén kivül még egyes, kisebb-nagyobb vörös foltok is lépnek fel, eleinte többnyire a lágy-szájpadon s részben a kemény-szájpadon is. Ezen úgynevezett enanthema az exanthema megjelenését 1—2 nappal előzi meg; a fejlődő morbillinek, a Koplik-féle tünettel együtt, biztos diagnostikus jeléül tekintjük.

A stomat. scarlatinosá-ra ugyancsak a lágy- s részben a kemény-szájpadon fészkelő, apró, kölesnyi piros foltok jellegzetesek. Néha ezen piros pontok között apró vérömlenyeket is látunk, a mely tünet már előre jelzi a súlyosabb scarlatinát.

A száj fekélyes folyamataira jellegzetes az élénkebb salivatio, a hajlam a vérzésekre, különösen a fekélyeknek a megérintésénél, a mérsékeltebb vagy erősebb láz, nyugtalanság, fájdalmasság.

Még kérdéses mi idézi elő ezen bántalmakat? Hogy bacillaris eredetűek, mutatja, hogy néha több testvér kapja meg a bajt: tehát fertőzők.

A staphylococcus fajok minden valószínűség szerint szerepelnek az aetiologiában.

A fekélyes száj-bántalmak közül a leggyakrabban látjuk a stomatitis aphthosa-t és a stomatitis ulcerosa-t vagy stomacace-t.

Míg a csecsemőknél gyakoribb a stomat. aphthosa, addig a stomat. ulcerosa csak olyan gyermekeknél jön elő, a kiknek már fogai vannak, utóbbiaknál természetesen felléphet stomat. aphthosa is.

A stomat. aphthosa általában enyhébb megbetegedés, mint az ulcerosa; jellegeztetik az által, hogy vagy láz nélkül, vagy pedig 38—39°-os lázak mellett gombostűfőnyi, egész lencsényi vagy még nagyobb, kerek vagy alaktalan fekélyek lépnek fel az ajkak nyákhártyáján, a pofák belfelületén, a nyelven, a foghúson, kemény- és lágyszájpadon, a melyek sárgás-fehér lepedékkel vannak fedve s piros udvarral birnak.

A fekélyeknek a száma különböző, néha csak 1—2-őt találunk, de néha rendkívül nagy számban látjuk őket, sűrűn egymás mellett, a melyek össze is folyhatnak s egyes nagyobb szabálytalan alakú, szenyes-sárgás lepedékkel bevont alakzatokat képeznek. A sárgás lepedék a nyákhártya niveau-ja fölé nem szokott emelkedni. A stomat. aphthosára jellegzetes az is, hogy bármennyire kiterjed is, mindig felü-

letes marad, a szövetek mélyebb rétegeire nem terjed át, ellentétben a fekélyes szájlob-bal, a stomat. ulcerosá-val, mely hajlandó nem a felületen, hanem inkább a mélybe terjedni. A stomat. ulcerosa vagy egészen láztalanul, gyakrabban 39—40°-os lázak kiséretében lép fel, sőt súlyosabb folyamatoknál a nyaki mirigyek is infiltrálódhatnak. A kezdeti stadiumban a foghús szabad széle vagy egy helyen, vagy egyszerre több helyen is kissé oedematosus, duzzadt, érintésre fájdalmas, könnyen vérzik; ezután a duzzadt foghús-részletek csakhamar necrotizálnak, szétesnek, sárgás-szürke detritussá alakulnak s rendkívül erős bűzt terjesztenek. Az erős bűz jellegzetes stomacacera és ez egyik fő megkülönböztető jel stomat. aphthosától, a hol, a mint láttuk, bűz nincs. Ha ekkor a fogínyekre csak enyhe nyomást is gyakorlunk, a foghús és a fogak közül vérrel kevert genyet sajtolhatunk ki. A necrosis ezután gyorsan terjed tova a foghús többi részeire, de különösen a mélybe, annyira, hogy a bántalomnak nehány napi fennállása elegendő arra, hogy a fogak erősen meglazuljanak, esetleg ki is hulljanak. A stomat. ulcerosa tehát lényegesen különbözik a stomat. aphthosa-tól azáltal, hogy 1. első sorban az ínyekre localizálódik, 2. rendkívül bűzös és 3. a fogak kihullásához vezethet.

Elhanyagoltabb esetekben a stomacace átterjedhet az állcsontoknak a csonthártyájára s necrosishoz vezethet. Ilyen esetekben, különösen az arcz és az ajkak is erősebben megduzzadtak, oedematosusak, annyira, hogy rátekintésnél a folyamat össze volna téveszthető a vízirák-kal, nomá-val, a melynél az arcznak azon fele, a melyre kiterjed, ugyancsak erősen oedematosus, a szájból rendkívül erős bűz

áramlik és a szájüregben is kisebb-nagyobb exulceratio található. Közelebbi megvizsgálásnál azonban a két folyamat könnyen elkülöníthető, ha tekintetbe veszszük, hogy noma mellett a megduzzadt arczfél sajátságosan fénylő s tapintásnál, különösen egy ponton, a legkiemelkedőbb részén tömött.

Ezen beszűrődött részének megfelelőleg a pofa nyákhártyáján 1—2 fillérnyi, vagy olykor nagyobb mekkoraságú, piszkos-zöldes színű lepedékkel fedett, vizenyősen infiltrált környékű fekélyt találunk. Bár a nyaki mirigyek mindkettőnél beszűrődöttek, az infiltratio sokkal kifejezettebb nománál, mint stomacacenál.

S végre jellegzetes a lefolyás, mely nománál rapide vezet a pofa egy részének az elroncsolódásához, marasmushoz, míg stomacacenál a lapis pálczával való kezelés után a folyamat javulni szokott.

A higany készítményeknek belső adagolása, vagy bedörzsölések után, ugyancsak kifejlődhet a fekélyes szájlob, a mit s t o m a t i t i s m e r c u r i a l i s-nak nevezünk. Ennek a kinézése, a lefolyása semmiben sem különbözik a fentebb tárgyalt stomat. ulcerosától.

A fekélyes folyamatok közül megemlítjük még az újszülötteknél és csecsemőknél észlelhető B e d n á r-féle a p h t h á k-at, a melyek erőművi úton hozatnak létre, helytelen szájtisztogatások után. Rendesen a kemény s lágy-szájpad találkozási helyén, a hol a hamuli pterigoidei-k a szájpadhoz támaszkodnak, a nyákhártya igen vékony, könnyen támadnak szájtisztogatások alkalmával felsebzések és ezen helyeken keletkeznek azután lencsényi, egész babnyi nagyságú aphthák, a melyeknek a kinézése teljesen hasonló az imént említett száj-aphthákhoz.

A leggyakoribb szájbetegségek táblázatos áttekintése.

	Soor.	Stomatitis aphthosa	Stomatitis ulcerosa
A megbetegedés helye	Nyelv, pofák, ajkak belfelülete, kemény és lágy szájpad, esetleg garat-hátfal	Ajkak belfelülete, nyelv, szájpad	Foghús
Szín	Intenziv fehér	Sárgás-fehér	Szürkés, olykor szennyes-sárga
Szag	Nincs	Nincs	Erős foetor
A felrakódás alakja	Pontszerű és vonalszerű	Kerek v. sokszegletű, piros udvarral	A foghús széleit utánzó
Láz	Nincs	Olykor nincs, olykor 38·5—39·0° C.	39·0—39·5° C.
Mirigyek viselkedése	Nem beszüremkedettek	Súlyos esetekben kismérvü infiltratio	Rendszerint infiltráltak, fájdalmasak
Tartama	2—8 nap, olykor hetekig	3—10 nap	5—14 nap
Egyéb tünetek	Ledörzsölésnél vérzik, górcső alatt gombafonalak s sporák láthatók	Nyálcsurgás	Időszakonkint vérzik, nyálcsurgás, meglazult fogak
Lefolyás	Gyógyulás	Gyógyulás, esetleg átterjed a garatra (pharyngitis aphthosa)	Gyógyulás, elhanyagolt esetekben necrosis mandibulae

A toroknak lobos megbetegedéseit felosztjuk a könnyebb áttekinthetőség kedvéért a szerint, a mint az elváltozás 1. vagy csak mint pir s mérsékelt infiltratio nyilvánul, vagy 2. e mellett még csapadék is látható és 3. midőn a látható erős lobos duzzanat miatt még a légzés is módosul. Az elsőhöz tartoznak:

1. hurutos toroklob, angina catarrhalis, rendesen hirtelen lázzal kezdődő megbetegedés, a mely mellett olykor csak a tonsillák, olykor még az ínyvitorlák, garat-hátfal is belöveltek, kissé duzzadtak, tapadós nyálkával fedettek. A nyelés nehezített, az áll-alatti mirigyek kis fokban infiltrálódtak.

2. Pharyngitis chron. jellegeztetik az által, hogy a garat hátfalán számos, élénk piros színű, sűrűn egymás mellé helyezett, kisebb-nagyobb göbcsék űlnek, a melyek nem egyebek, mint megnagyobbodott, hypertrophizált, nyákhártya részletek.

Az ilyen, ugynevezett szemcsés garat mellett gyakran találunk adenoid vegetatiókat az orr-garatűrben, a melyről már máshol volt szó. A pharyng. chron. csak nagyobb gyermekeknél szokott előfordulni. Subjectiv tünetét a torokban nyilvánuló szárazsági érzet képezi, ezenkívül olykor pertussis-szerű izgatott köhögés is kiséri.

A csapadékkal járó lobos torokbántalmak a következők: 1. tonsillitis follicularis; 2. tonsillit. lacunaris; 3. pharyngitis aphthosa; 4. diphtheria faucium és végre 5. angina necrotica scarlatinosa. Ezen megbetegedések megítélésénél különös tekintettel leszünk a lepedéknek a helyére, a színére, anamnesisre, mert a differential-diagnosisnál ezen cardinalis symptomák döntenek. Ezen főtünetek mellett

még számos melléktünet van, mint láz, az állalatti mirigyek infiltratiója, közérzet stb., a melyeket a kórisme megállapításánál nem szabad szem elől tévesztenünk.

A tüszős mandolalob, tonsillitis follicularis, többnyire magas, 39—40°-os lázzal hirtelen kezdődik. Súlyosabb folyamatoknál a torokban szúró, szárazsági érzetről panaszkodnak a nagyobb gyermekek; kisebb gyermekeknél olykor eclampsiával köszönt be.

A szúró fájdalmak kisugárzanak a fülekre is s különösen nyelésnél erősebben fokozódnak. Olykor már a megbetegedés első napján, de olykor csak a 2-ik, 3-ik napon lépnek fel a folyamatra jellegzetes, sárgás színű, gombostűfőnyi folliculusok, rendesen mindkét, néha csak az egyik tonsillán. A folliculusok száma 2—3, de néha 8—10 is egy-egy tonsillán. A folliculusokra jellegzetes, hogy sárgás színüek, egyforma nagyok s a tonsillák határain túl nem terjednek. A jellegzetes sárgás szín s a localisatio biztosítják a diagnosist. A folliculusok 1—2 napi fennállás után eltűnnek. Olykor azonban összefolynak s a mandola kisebb-nagyobb részét a nyákhártya niveauja fölé ki nem emelkedő sárgás színű csapadék fedi; esetleg a nélkül, hogy előbb folliculusok képződtek volna, mindjárt ilyen összefolyt alakban látjuk fellépni a tonsillitist. Ezen eseteket tonsillitis follicularis confluensnek nevezzük.

A tonsillitis lacunaris-nál a megbetegedés első napjain a belövelt tonsillákon és a nyelési nehézségen kívül, még magas 39·0—40·0°-os lázat találunk, mely épen úgy, mint a tonsillitis follicularisnál a csapadék megjelenése után majdnem critice esik le. A csapadék,

mely gyakrabban csak az egyik, olykor mindkét mandolára localizálódik, intensiv fehér színű, a mandolának rendszerint egész felületét elfoglalja, azontul azonban sohasem terjed. Jellegző még ezen csapadékra, hogy mintegy besüppedtnek látszik, különösen a középi részén, tehát a mandola nyákhártyájának a fölszíne fölé nem emelkedik ki; továbbá, hogy a csapadékot csipővel lehúzni nem lehet, miután nem fibrin-hártyából áll, hanem törékeny, könnyen szétmálló tömeg (összegyülemlett epithel, nyák, bacteriumok) alkotja.

Sokkal kiterjedtebb csapadékot találunk pharyngit. aphthosa-nál, mely kóroktanilag teljesen azonos a stomatitis aphthosával, sőt legtöbbször pharyngit. aphthosa mellett stomatitis aphthosát is találunk. Kifejezett esetekben az uvulán, részben még a lágy-szájpad hátsó részén és garat-íveken, a hátsó garat-falon felületes fekélyeződéseket látunk, melyek babnyi, egész fillérnyi kiterjedésü, — piros udvarral körülvett, — szennyes sárgás-fehér, vagy szennyes barnás csapadékkal vannak fedve. A csapadék nem emelkedik a nyákhártya niveauja fölé.

A nyaki-mirigyek alig infiltrálódnak. Láz olykor nincs, olykor mérsékelt. A közérzet alig van alterálva, a nyelés azonban rendszerint nehezített. A folyamat többnyire jóindulatú, megfelelő lapis oldattal való kezelés mellett, néhány nap alatt visszafejlődik.

Az aphthosus folyamatokhoz igen hasonló elváltozást találunk, különösen lúgmérgezés, intoxicatio cum lixiva caustica után fejlődött száj, illetve torokloboknál, a mikor a mérgezés intensitása szerint kiterjedtebb, vagy kevésbbé kiterjedt szürkés-sárga pörköket találunk az ajkakon, nyelven, uvulán, garat-

íveken stb. Jellegzetes még a pörkösödés mellett az erős nyálfolyás és a rendszerint jelenlevő oedematosus duzzanat, mely a legkifejezettebb az ajkakon s az uvulán szokott lenni. (Oedema glottidishez igen ritkán vezet, miután a lúgot, vagy oldatát rendszerint gyorsan eltávolítják a szájból, vagy a gyermek maga köpi ki, huzamosabb ideig tehát alig érintkezik a lúg a torokképletekkel.)

Stomatitis, illetve pharyngitis aphthosával, vagy valamely más torokmegbetegedéssel alig téveszthetjük össze a lúgmérgezés által előidézett elváltozást, ha az anamnesis után kutatunk.

D i p h t h e r i a f a u c i u m, fertőző megbetegedés, okoztatva a K l e b s - L ö f f l e r-féle bacillus által. A folyamat, ezen bacillusokon kívül a torok-nyákhártyájára rakódott fibrinosus hártyák (lepedék) által jellegeztetik. Lepedék nélküli diphtheria tehát el sem képzelhető. A lepedék az alapjához erősebben tapad, annyira, hogy nehezen vonható le s utána kisebb-nagyobb vérzés áll elő. Akár nagyobb összefolyó lepedéket találunk, akár csak egyes körülírtabb felrakódások alakjában jön elő a diphtheria, két characteristikus tulajdonsága van: 1. hogy a felrakódások a nyákhártyának a legkiemelkedőbb pontjait, a protuberantiákat foglalják el, azaz a lepedék a nyákhártya színtje fölé emelkedik, és 2. hogy a felrakódások színe szürkés-fehér vagy gyöngy-szürke, olykor igen halványzöldes színbe is játszik; sárgás színt tehát nem szokott mutatni. A felrakódások kiterjedtsége és az általános tünetek szerint megkülönböztetünk: e n y h e, vagy d i s s e m i n á l t t o r o k - d i p h t h e r i a-t (d i p h t h e r i a f a u c i u m p u n c t a t a), melynél az intensiv lobosudvartól körülvett gombostűfejnyi — lencsényi, vagy

hosszúkás felrakódások a mandolákon, esetleg az íny-vitorlákon, garat-hátfalán láthatók, az állalatti mirigyek vagy nem is infiltrálódtak, vagy csak mérsékelten, láz vagy nincs, vagy 38—39^{0} C., az általános közérzet alig rosszabbodott, nyelés nehezített. Hang teljesen tiszta.

A közép súlyos esetnél a diphtheriás felrakódások már kiterjedtebbek: a tonsillák in toto fedve vannak, e mellett az uvulán, garat-íveken, garat-hátfalán is találunk babnyi — fillérnyi nagyságú, ugyancsak piros-udvartól körülvett szürkés-fehér lepedéket. Láz mérsékelt, vagy hiányzik, nyaki-mirigyek infiltráltak. Nyelés nehezített. Az általános állapot többnyire nem olyan zavartalan, mint a könnyű diphtheriánál, a játékkedv hiányzik; a gyermekek kissé bágyadtak, aluszékonyak, a nyelv lepedékes. Olykor a vizeletben kis mennyiségű fehérje található. Hang vagy teljesen tiszta, vagy rekedt, ha a folyamat a gégébe is lehúzódott, esetleg coryza diphtheritica is kísérheti a folyamatot.

A súlyos diphtheriánál a toroklelet mellett lényegesen előtérbe nyomulnak az általános tünetek is. Az összes torok és garat képletek vaskos, helyenkint vérzésekkel kevert álhártyákkal fedettek, e mellett a nyákhártya erősen duzzadt, fellazult. Az álhártyák és a duzzadt torokképletek miatt a nyelés majdnem lehetetlen, a hang dunnyogó, a légzés horkolóvá válik (pharynx stenosis). Intensiv foetor ex ore. Gyakran nyálcsurgás jelentkezik. A nyaki mirigyek mindkét oldalt erősen infiltráltak, fájdalmasak. A láz rendesen magas (40·0^{0} C.); teljes apathia és étvágytalanság, sőt sokszor makacs hányás kiséri a folyamatot. A pulsus kicsi, könnyen elnyomható, száma p. 140—160. A vizeletben rendesen bő fehérnye. A légcső rendszerint afficiált, az orrból bő sárgás-barnás maró

váladék ürül. A lenyelt folyadék már sokszor ilyenkor visszajön az orron keresztül (velum hűdés), esetleg ezen tünet csak a torok feltisztulása után lép fel. A betegek életét a szívhűdés fenyegeti, mely beállhat a folyamat fennállása alatt, vagy a torok feltisztulása után. A prognosis azonban még ilyen esetekben sem absolut rossz, felgyógyulás nincs kizárva.

Itt megemlítjük még a septikus alaku torok diphtheriá-t, mely a súlyos alaktól azáltal különbözik, hogy a foetor ex ore még intensivebb, a torokképleteken a felrakodás még vaskosabb, melynek színe a gyakoribb vérzések miatt helyenkint piszkos-barnás. Pharynx-stenosis nagyfoku. Teljes eszméletlenség. A köztakaró, különösen az arcz, rendkivül halvány vagy viaszsárga. Pulsus alig tapintható. Nyaki-mirigyek igen erősen infiltráltak. A köztakarón lencsényi — fillérnyi, egész gyermek-tenyérnyi, halványvörös, élesen elhatárolt foltok (septikus kiütések) jelentkezhetnek. Prognosis rossz.

A diphtheria fauciumot leggyakrabban a kiterjedt pharyngitis aphthosával, továbbá a tonsillitis lacunarissal lehet összetéveszteni; a tonsillitis follicularissal alig téveszthető össze. A soorral való összetévesztés csak a teljesen járatlanoknál történhet meg. Soor ugyanis csak többnyire újszülötteknél s fiatal csecsemőknél fordul elő, olyan korban tehát, a mikor diphtheria fauc. nem szokott előjönni, másrészről a soor-pontocskák az ajkakon, nyelven, pofák belfelületén, szájpadon székelnek, mindezen helyeken diphtheria nem szokott előfordulni, végre a górcsövi vizsgálat azonnal eldönti a diagnosist.

A pharyngitis aphthosával való felcseréléstől óv bennünket azon körülmény, hogy míg a diphtheriás lepedék

mindig szürkés-fehér, a nyákhártya fölé kiemelkedő, addig az aphthosus csapadék sohasem fehér, hanem sárgás-fehér, vagy piszkos-sárga s nem emelkedik a nyákhártya niveau-ja fölé; e mellett rendesen még egyes kifejezett, elszigetelt aphthákat is találunk a szájüreg egyéb helyein, a melyek ugyancsak pharyngitis aphthosa mellett szólnak. A legbiztosabb differential-diagnostikus momentum természetesen a diphtheria bacillusnak a jelenléte.

Vérsavón tenyésztve a diphtheria bacillust, 12—16 óra alatt gombostű-főnyi szürke coloniák fejlődnek, a melyekből keveset, vékonyan a tárgylemezre kenve s Löffler-féle methylenkékkel festve, körülbelül a tbc. bacillus nagyságával biró, olykor csak az egyik, olykor mindkét végén bunkósan megvastagodott s gyengén görbült pálczákat látunk. A bacillusoknak elhelyeződése többnyire párhuzamos, néha csak 2, néha 5—6 bacillust látunk az említett helyzetben. A festődés nem mindig egyenletes, néha egyes szakaszai erősebben festődnek, míg egyes részek sokkal gyengébben, sőt festetlenek is maradhatnak.

Megemlítjük itt a nagyon ritkán előforduló úgynevezett pseudo-diphtheria-t, mely sokkal jobb indulatú megbetegedés, mint a valódi diphtheria.

Klinice annyiban hasonlít a valódi diphtheriához, hogy a hártyák ugyancsak szürkés-fehérek, különösen a tonsillákon localisálódnak; különböznek azonban, hogy a pseudo-diphtheriás hártyák igen könnyen levonhatók, a nélkül, hogy ezen műveletet vérzés kísérné, a legfőbb különbség pedig abban van, hogy a diphtheriás folyamatra jellegzetes Löffler-féle bacillusok pseudo-diphtheriánál nem fordulnak elő.

A pseudo-diphtheria bacillus rövidebb, egyes tagjai között hossz-különbség úgyszólván nincs; a párhuzamos elrendeződés kifejezettebb, mint a valódi diphtheriánál. Neisser, festés útján igyekszik különbséget tenni a valódi és a pseudo-diphtheria bacillus közt. Módszere szerint 24 óránál nem idősebb tenyészet eczetsavas methylén-kékkel (20 ccm. alk. methyl. kék, 1000 gr. 5% eczetsavban) 1—2 p.-ig leöblítés után 2‰ vesuvin oldattal 3—5 p.-ig festendő. Valódi diphtheria bacillusok kettős festést vesznek fel.

A tonsillitis follicularis különbözik a diphtheria faucium-tól azáltal, hogy az egyes folliculusok sárgás színűek, és a tonsillák határán túl nem terjednek; míg a tonsillit. lacunaris, bár ennek a színe legjobban hasonlít a diphtheria faucium színéhez, lényegesen eltér attól azáltal, hogy a csapadék a mandolák mélyedéseiben fejlődvén, az egész csapadék besüppedtnek látszik, míg a diphtheriás felrakódás kiemelkedik a nyákhártya színtje fölé; továbbá, hogy a tonsillitis lacunarisnál a csapadék kizárólag a tonsillákra localizálódhat, míg a diphtheriás felrakódás a torok egyéb képleteire is rakodik.

A pharyngitis herpetica-nak azon félesége, a midőn a herpes hólyagcsák a garat hátfalán localizálódnak, hasonlíthat a garat hátfalán észlelhető diphtheria faucium disseminatához. Ügyeljünk ezen esetben arra, hogy a herpes hólyagcsák egyforma nagyok, míg a diphtheriás felrakodásnál ezt nem szoktuk tapasztalni, továbbá, hogy a herpes hólyagcsák csakhamar megpattannak, besüppednek, a mely állapotban a kiemelkedő diphtheriás lepedéktől jól megkülönböztethetők. Ha a pharyngitis herpetica mellett még a tonsillákon, garat-íveken, ajkakon stb. is látunk herpes eruptiót ez ugyancsak pharyngitis herpetica mellett szól. És végre fontos a két felrakodás színe is, a mennyiben a diphtheriás felrakodás színe szürkésfehér, a herpes hólyagcsák színe pedig sárgásba játszik.

Vannak esetek, a mikor diphtheria fauc-al össze volna téveszthető azon szürkés-sárga csapadék, a mely tonsillotomia után a tonsilla helyén képződött; különösen azon esetekben jöhet létre tévedés, ha az említett színű csapadékot a tonsillákon kívűl még pl. a garat-íveken, esetleg az uvulán is látjuk, a mi előjöhet a tonsillotomnak kissé ügyetlen keze-

lése után. Az anamnesis ezen esetben is ugyancsak el fog oszlatni minden kételyt a csapadék természetét illetőleg.

A száj és torokban képződött luetikus elváltozásokat, a melyek mint plaque muceuse (condylomák) jelentkeznek, alig lehet összetéveszteni diphtheriával, ha tekintettel vagyunk arra, hogy a luetikus felrakodások szalonnás külemmel bírnak, ezenkívül ritkán szorítkozik a luetikus elváltozás csak a torokra, hanem többnyire az ajkakon is megtaláljuk az indurált alappal biró condylomákat. Segítségünkre van még a luetikus anamnesis és esetleg egyebütt feltalálható luetikus tünetek (anus körül condylomata lata-k stb.).

Végre kiterjedt csapadékot hozhat létre a torokban, a vörhenyes torokgyuladás, az angina necrotica scarlatinosa. A csapadék intensitása egyenes arányban áll a scarlatina súlyosságával; míg enyhe scarlatina mellett csak torok belöveltséget, vagy csak follicularis folyamatot látunk, súlyos scarlatinánál rendesen a torok necrotikus folyamata is kiterjedt. Olykor már a scarlatina kitörési időszakában látható, a mikor tévedésre nem adhat okot. Olykor azonban a scarlatinás kiütés eltűnte után még visszamarad, vagy csak azután fejlődik, a mikor már esetleg felcserélhető egyéb torokbeli megbetegedésekkel. Ha a folyamat kiterjedt, jellegeztetik az által, hogy az igen erősen belövelt torok-képleteken, tonsillákon, uvulán, garat-hátfalán, szennyes barnás-sárgás csapadék képződik, e mellett a torok nyákhártyája erősen fellazultnak látszik. A folyamatot rendszerint magasabb (39·0—40·0°) láz kiséri, az áll-alatti mirigyek erősebben infiltráltak.

A vörhenyes torokgyulladásnak jellegzetes színe, az igen élénken belövelt torok és a még esetleg jelenlevő

»macska nyelv«, annyira characteristikusak a lefolyt scarlatinára, hogy semmi mással össze nem téveszthető. Kevésbbé kifejezett esetekben is útbaigazítást adnak az esetleg jelenlevő hámlás a bőrön, a feltünő halvány arcz, néha otitisek, illetve lymphadenitisek, bár az anamnesis után — lefolyt exanthemára — még ezen esetekben is tanácsos kutatnunk.

A scarlatinás torokgyuladást össze lehet téveszteni pharyngitis aphthosával. Ha nem megbizható az anamnesis, kutatnunk kell a fentebb említett tünetek után, a melyek a scarlatinát kisérni szokták (erős torok belöveltség, hámlás, vizeletben fehérnye, otitis., stb.), a melyek scarlatina mellett döntenek, illetve keresnünk kell a szájüregben elszórt aphthákat, a melyek viszont pharyngitis aphthosa mellett szólnak. Az iránt is puhatolódzunk, vajjon nem fordult-e elő a családban a többi gyermeknél is kiütéses megbetegedés? A kétséges állapot azonban ekkor is csak rövid ideig tarthat, mert a lefolyás (pharyngit. aphthosa 2—3%-os lapis-oldat ecsetelésre csakhamar javulni szokott) elég hamar eldönti a diagnosist.

A gyakorlatban gyakran előfordul a diphtheria fauc-nak összetévesztése scarlatinás necrosissal, pedig a két folyamatnak a megkülönböztetése úgy prognostikailag, mint a therapia tekintetében is igen fontos.

A főbb különbségeket a következőkben foglalhatjuk össze: 1. scarlatinás necrosis mellett a csapadék színe sohasem szürkés-fehér, mint diphtheria fauciumnál, hanem szennyes-sárgás; 2. a scarlatinás torok-necrosis a nyákhártyának a necrosisa, az elhalása lévén, hártyák nem vonhatók le a torok-képletekről, mint diphtheriánál; 3. a scarlatinás necrosisból a diphtheriára jellegzetes Löffler-féle bacillusok nem tenyészthetők ki, miután az streptococcusok

által idéztetett elő; 4. a scarlatinás necrosis a légcsőbe nem szokott átterjedni, vagyis a laryngitis crouposának tüneteit sohasem szokta okozni, mint a diphtheria.

A harmadik csoportba oszthatjuk azon torokbeli elváltozásokat, a melyek a torok-képletek erősebb duzzanatával járnak, de e mellett csapadék nincs, vagy csak elvétve. Ezen folyamatok mellett rendesen a hang is dunyogó, fátyolozott, néha kisfoku, de olykor kifejezett pharynx-stenosis van jelen, különösen alvásnál (pharynxstenosis mellett a légzés horkoló, ellentétben a larynxstenosissal, a mikor a hang a larynx szűkülése folytán sipoló, fütyülő jellegű). Ide sorolhatjuk: 1. Az erősebben megnagyobbodott mandolákat, hypertrophia tonsillarum. Csecsemőknél nem szokott előfordulni, de már 3 éves korú gyermeknél észlelhetjük, leggyakoribb a 6—12 évek között. Némelykor anynyira megnagyobbodtak a tonsillák, hogy csak szűk rés marad közöttük s tetemes légzési nehézséget okozhatnak. 2. Tonsillitis phlegmonosa. Magasabb lázak kíséretében lép fel. A betegoldali mandola intensive belövelt s úgy a mandola, mint a környéke jelentékenyen előreboltosul. A mandolán néha a tonsillitis follicularis confluenshez hasonló színű s kinézésű csapadékot is találunk. Előrehaladottabb esetekben az előreboltosuló mandola környékén kifejezett fluctuátio is érezhető digitál vizsgálatnál. Nagyfokú nyelési nehézség, dunnyogó hang és a szomszéd részeknek (uvula stb.) oedematosus duzzanata kíséri a folyamatot. Végre 3. a garat mögötti tályog, abscessus retropharyngealis idiopathicus. Különösen csecsemőknél szokott előfordulni. Mérsékelt lázak kíséretében a garatnak jobb, vagy baloldalán, de néha a középvonalba helyezkedve, mandola, egész szilva nagyságú

duzzanat lép fel, a mely eleinte tömött (lymphadenitis retropharyngealis), néhány nap mulva azonban elpuhul (abscessus retropharyng.). A daganat növekedésével kifejlődnek a characteristikus tünetek is. Míg eleinte a gyermek nyugtalan, vonakodik a szopástól, sokat sír, később a hang kissé fátyolozott, de nem rekedt, dunnyogó jellegű; a légzés kissé hangosabb. Ezen tünetek a duzzanatnak a teljes kifejlődésével még fokozódnak: a légzés horkoló jelleget ölt, a hang még inkább dunnyogóvá válik, de rekedtség még ekkor sem észlelhető (ez fontos differentialdiagnostikus momentum laryngitis crouposával szemben), az esetek többségében mérsékelt retrovertált fejtartás is található; a nyaki-mirigyeknek kisebb-nagyobbfokú infiltrátiója rendesen kíséri a folyamatot. A torok megtekintésénél az összes képletek duzzadtak, olykor oedematosusak s a tályognak megfelelő oldalon kisebb vagy nagyobb előemelkedést találhatunk. Digitál vizsgálatnál, a melyet sohasem szabad elmulasztanunk, a duzzanatnak a nagyságáról még pontosabb tájékozást kapunk s egyszersmind csakis így győződhetünk meg, az esetleg már jelenlevő hullámzásról is.

Teljesen hasonló tüneteket okoz a nyaki-csigolyalob, spondylitis cervicalis mellett fejlődött garat mögötti sülyedési tályog, abscessus retropharyngealis congestivus, csakhogy ennél a duzzanat nem pár nap alatt fejlődik ki, mint az idiopathikusnál, hanem lassan, hetek alatt, továbbá a sülyedési-tályog inkább nagyobb gyermekeknél szokott előfordulni, csecsemőknél csak kivételképen, miután ezeknél a csigolyalob is alig fordul elő. A legfontosabb különbség a kettő között az, hogy absc. retroph. congestivusnál mindig megtaláljuk a cervicalis spondylitist, a honnan ugyanis az egész folyamat kiindult.

A könnyebben összetéveszthető torok-megbetegedések táblázatos áttekintése.

	Tonsillitis follicularis	Tonsillitis lacunaris	Diphtheria faucium	Angina necrotica p. scarlatin.
A megbetegedés helye	Tonsillák (a bemélyedéseiben)	Tonsillák	Tonsillák, esetleg az összes garatképletek (a nyákhártya kiemelkedésein)	Tonsillák, esetleg az összes garatképletek
Szín	Sárga	Intensiv fehér, olykor szürkés	Szürkés fehér, gyöngyszürke	Szennyes-barnás-sárga
Szag	Nincs	Nincs	Csak a súlyos esetekben	Csak a septiform esetekben
A felrakódás alakja	Gömbölyded	Kerek, vagy hosszúkás	Disseminált v. kiterjedt	Follicularis v. kiterjedt
Láz	Olykor csekély, gyakrabban 39·0-40·0° C.	39·0-40·0° C.	Sokszor nincs, máskor 38·0–39·0° C.	39·0—40·0° C.
Mirigyek viselkedése	Infiltráltak, érzékenyek	Kissé érzékenyek	A folyamat súlyosságával arányban infiltráltak és fájdalmasak	Enyhe esetekben alig, súlyos esetekben nagyfokú az infiltratio (angina Ludovici)
Tartam	2—6 nap	3—5 nap	5—14 nap	5—14 nap
Egyéb tünetek	Nehezitett nyelés (Herpes labialis)	A csapadék besüppedtnek látszik	Löffler-féle bacillusok, a felrakódás körül élénk piros udvar	Intensiv belövelt torok, kifekélyesedett szájzúgok, esetleg pharynx-stenosis
Lefolyás	Gyógyulás	Gyógyulás	Gyógyulás, v. felterjed az orrba, v. le a légcsőbe, esetleg szívhűdés	Gógyulás, olykor sepsist okoz

A nehezített nyelés, Dysphagia, okát részben a szomszédos szerveknek betegségeiben, részint magának a nyelőcsőnek, oesophagusnak a bántalmaiban kell keresnünk.

A szomszédos szervek betegségei közül a következőknél nehezített a nyelés: 1. némely száj- és legtöbb torokbetegségnél, ha utóbbiak a képleteknek erősebb lobos megduzzadásával járnak; ide sorolhatjuk a tonsillitiseket, a diphtheriát és a scarlatinás necrosist, továbbá az abscessus retropharyngealist, valamint a nyelőcső körűl fejlődő daganatokat, ha arra nyomást gyakorolnak. Ezen esetek diagnostikájáról már fentebb volt szó; 2. a diphtheria után fejlődött lágy-szájpad hűdésénél, itt már részben az anamnesis is nagy segítségünkre van, részben pedig azon további panasza az anyának, hogy a folyadék a gyermek orrán át visszafolyik, hogy a gyermek hangja dunnyogó s végre a phonatiónál mozdulatlanul lelógó lágy-szájpad biztosítják a diagnosist; 3. bulbaerparalysis progressiva, valamint pseudo-bulbaerparalysisnél; mindkettőnél paretikus állapotba jutnak az ajk, a nyelv, a rágó, a nyelő stb. izmok, valamint résztvesz a hűdésben mindkét oldali facialis, esetleg a törzs izomzata is; míg azonban pseudo-bulbaerparalysisnál az izmok nem sorvadnak és villamos ingerlékenységük nem változik, addig a bulbaerparalysis progressiva kapcsán atrophiát és részleges elfajulási reactiót találunk a beteg-izmokban; 4. Agydaganatok, meningitis bas. tbc. végső szakában, a beállott hűdés folytán ugyancsak nehezített a nyelés.

Ha a nehezített nyelés oka az oesophagusban rejlik, akkor első sorban gondolhatunk: 1. szűkületre,

s t r i c t u r á-ra, mely maró folyadékok (lúg, sav) ivása után már néhány héttel jelentkezik. A strictura keletkezhet vagy fent az oesophagus bemenetében, vagy a cardiánál, vagy bárhol az oesophagus mentén. Lehet rövid vagy hosszabb, ez a maró folyadéktól, illetve a lenyelt mennyi-



16. ábra. Idegen test (pénzdarab) az oesophagusban. (Röntgen.)

ségtől függ. A strictura néhány heti fennállás után annyira fokozódhat, hogy a gyermek összeállóbb dolgokat épen nem tud nyelni, azokat kihányja. Az anamnesisen kívül épen a hányás hívja fel strictura oesophagi-ra figyelmünket, a strictura helyéről s minőségéről pedig sonda

segélyével győződünk meg; 2. az oesophagusban levő idegen testre, ha az elég nagy, valahol megakadhat s részben vagy teljesen elzárja az oesophagus lumenét. (16. ábra.) Utóbbit a stricturától könnyű megkülönböztetni, ha az anamnesis után kérdezünk, másrészről az oesophagus kutaszolása is megóv tévedésektől; 3. némely esetben valamely idegen testnek vagy kemény falatnak a lenyelése után mérsékelt sérülés keletkezik valahol az oesophagusban — csekélyfokú oesophagitis — mely után a gyermeknél dysphagia tünetei mutatkoznak; 4. ismeretlen okból származott oesophagus-görcs, nehezített nyeléssel s gyakori hányással járhat (az oesophagus sondának egyszeri bevezetése után, ezen esetben a tünetek rendszerint visszafejlődnek) s végre 5. nagyobb, különösen leány-gyermekeknél hysteriára is gondolhatunk.

Adott esetben, a felsorolt megbetegedések között, a differential-diagnosis, a körülmények számbavételével nem nehéz.

A csecsemők gyomor-bélhuzam betegségei.

A gyomor-bélhuzam megbetegedéseknek egyik legszembetűnőbb tünetét első sorban a székletétnek a megváltozása képezi, ezért a szorosan vett emésztő tractus megbetegedésének a diagnostizálásánál ezen tünetnek van döntő értéke.

A normalis csecsemő székletét, arany vagy narancssárga színű, consistentiája finom pépes, olyan mint a kevert tojás-sárgája, szagtalan, vagy csak kissé savanykás, de nem kellemetlen szagú, napi száma 1—3 között változik. Ha a székletét akár összeállásában, szagában vagy számában eltér a fentebb leírttól, akkor már nem normalis.

A csecsemők gyomor-bélhuzam megbetegedéseinél különösen 3 irányban találunk eltérést: *A)* vagy a rendesnél többször van a csecsemőnek széke, vagy *B)* kevesebbszer, illetve székletét egyáltalában nincs bizonyos ideig (constipatio), esetleg *C)* a székletétek véresek.

A diagnosis megállapításánál, természetesen számba véve a többi tüneteket is, ebből indulhatunk ki és ezen 3 tünet szerint fogjuk csoportosítani a csecsemők gyomor-bélhuzam megbetegedéseit.

Többször van a gyermeknek széke, mint normalis állapotban, a következő megbetegedéseknél: 1. dyspepsia (olykor azonban constipatióval jár). Rendszerint helytelen táplálásból ered.

Első tünetét a nyugtalanság, felböfögések, hányás, savanykás szájbűz képezi (a hányásra jellegzetes, hogy nem közvetlen szopás után, hanem $^1/_4$—$^1/_2$ órával azután áll be, s hogy hányás után egy kissé megkönnyebbül a csecsemő), majd azután, sokszor sírás kiséretében, a characteristikus székletétek következnek. A székletétek napi száma 5—6, nem egynemű pépes, hanem kisebb-nagyobb fehér vagy fehéres-sárga összeálló darabokat mutat. A dyspepsias-szék legjobban hasonlít azon képhez, a melyet a zöldesen pettyezett és összevagdalt, keményre főtt tojás-sárgája s fehérje mutat.

A dyspepsiának még gyakori kisérője a bélgörcs — enteralgia — mely sokszor az egész folyamatot mintegy bevezeti s csak a székletétek javultával szűnik meg.

Rendszeres kezelés mellett (az étrend szabályozása, a gyomorbélhuzam kiürítése) a dyspepsia csakhamar javul, elhanyagolás esetén azonban idűlt alakba mehet át, a

melyre a bűzös, színtelen, erőltetés nélküli székelések jellegzetesek, a gyermeknek fokozatos elgyengülésével.

2. A heveny vékony-bélhurut. Catarrhus intestinalis acutus-nál a székelések napi száma 5—15. Már a széküritések jelentkezése előtt kisebb-nagyobb fokú nyugtalanság, mérsékelt láz, enteralgiás fájdalmak lépnek fel, a mely tünetek a hasmenések beálltával szűnnek.

A székelésre jellegzetes, hogy az hirtelen következik be flatusok kiséretében, mintha fecskendőből lőnék ki. A székletétek főalkatrészét víz képezi s azért a szék folyékony. A has dobszerűleg felfuvódott, nyomásra kissé érzékeny.

Rendszeres diaetetikus kezelés mellett a bántalom nehány nap alatt javulni szokott, a székletétek összeállóbbak, pépesek lesznek, elhanyagolás esetében idültté válik, illetőleg a vastagbélbe terjed át a folyamat, a melylyel különben is elég gyakran együttesen szokott előfordulni.

Ha a leírt tünetekhez még hányás is csatlakozik, akkor heveny gyomor-bélhurut, cat. gastrointestinalis acutus-ról beszélhetünk, a mely — tekintve, hogy a vízveszteség még nagyobb, továbbá a hányások kimerítők — komolyabbá teszi a prognosist.

3. A heveny vastag-bélhurut. Cat. intestini crassi acutus. Enteritis follicularis.

Kezdetben a székletétek nem characteristikusak, inkább vékony-bélhurutra emlékeztetnek, majd 1—2 nap mulva jelentkeznek a jellegzetes nyálkás, gennyes, olykor véresen tingált, bűzös, erőltetéssel járó kiürülések, naponta 8—30-szor. A székletétek sokszor igen gyorsan követik egymást, mindig kis mennyiségben, de állandóan nagy tenesmussal.

A mesogastrium tája puffadt, nyomásra érzékeny. A gyakori székelések miatt a végbél környékén, czombok belfelületén fájdalmas kimaródások keletkeznek. A folyamatot rendesen elég magas láz kíséri.

A vastagbélhurut pár nap alatt javulhat, elhanyagolás esetén nagy hajlandósága van átmenni a chronikus alakba, a mikor a székletétek a fentemlitett sajátságaikat többékevésbbé megtartják, kivéve, hogy a napi szám megcsökken 5—8-ra. Ilyen állapotban megmaradhat a betegség hetekig, sőt hónapokig és a lesoványodás előrehaladtával kifejlődik azon állapot, melyet paedatrophiának vagy tabes mesaraicának is nevezünk. (L. az Általános részt.)

Az enteritis tuberculosa jellegeztetik a gyakori nyálkás s igen bűzös székletéteken kívül a fokozatosan előrehaladó sorvadás által. Az esetleges anamnesisen kívül a folyton fokozódó soványodás hívja fel leginkább figyelmünket ent. tbc.-ra. Könnyebb a kórisme, ha a tüdőkben, vagy valamely szervben találunk tbc.-us elváltozást, vagy ha a mesenterialis, esetleg az inguinalis mirigyeket erősen hyperplastikusaknak találjuk.

A székletétekben talált gümő-bacillus a fenti tünetek mellett a diagnosist feltétlenül biztosítja.

4. A vérhas, dysenteria, melyet némely esetben alig lehet megkülönböztetni súlyosabb enteritis follicularistól. Fertőző, contagiosus betegség, melynek a kórokozóját azonban még ma nem ismerjük biztosan. Lázzal, nyugtalansággal kezdődő megbetegedés, a mely bár a 2—6 éves korú gyermekeknél leggyakrabban jön elő, de azért észlelhető a csecsemőkorban is.

Már a megbetegedés kezdetén jelentkeznek a görcsös fájdalmak a hasban, a melyeket csecsemőknél a nagyfokú nyugtalanság, sírás, a lábaknak a felhúzása ad tudtunkra. Majd a kolikához erős tenesmus is csatlakozik, a szék-

letétek pedig fokozatosan veszítik bélsártartalmukat, e helyett a nyálka mennyisége szaporodik. A kiürítések száma naponta 15—20, de 40 defaecatio sem tartozik a ritkaságok közé.

A nyák mellett fokozódik a vér is a székletétben, eleinte csak egyes csíkokban, de későbben az egész kiürített tartalom vörös, némileg a húslé színére emlékeztető kinézésű.

A dysenteriás székletétnek a szaga eleinte nem mutat különösebb sajátságot, a folyamat kifejlődésével azonban átható rothadt szagot terjeszt és ez igen jellegzetes dysenteria-ra. Az egész colon tájéka igen érzékeny nyomásra és épen ezen fájdalmassága a hasnak, valamint a penetrans bűz, az igen nagyfokú tenesmus, a majdnem tisztán nyálkából és vérből álló székletétek által különböztethetjük meg az enteritis follicularistól olyan esetekben, midőn a dysenteria nem járványszerüleg lépett fel.

A sporadikus dysenteria néhány nap alatt gyógyulhat, sőt az epidemikus alakja 8—14 nap alatt javulásba mehet át.

Az idült dysenteria-nál a tünetek javulnak ugyan, de a gennyes, nyákos székletek megmaradnak, a melyeket olykor pár napig tartó pépes ürülések váltanak fel. A jellegzetes bűzös szag azonban állandó.

Az idült folyamatból is gyógyulhat a beteg, de sokszor hydraemia s veselobban, vagy kimerülésben, vagy valamely szövődményben megy tönkre.

5. A gyermek-kolera. Cholera infantum. Súlyos megbetegedés, különösen a forró nyári hónapokban észleljük tömegesebben, gyakrabban a mesterségesen, mint az emlőn táplált csecsemőknél.

Kifejezett esetekben a csecsemők gyomor-bélbetegségeinek diagnostikája nem nehéz. Egyedül a dyspepsia azon megbetegedés, a melynek a tünetei alatt egy sokkal komolyabb bántalom a meningitis bas. tbc. lappanghat, a mint hogy a kettő közötti tévedések a gyakorlatban nem tartoznak a ritkaságok közé. Ezért is, másrészről, mivel a csecsemők meningit. bas. tbc.-ja kezdeti stadiumában bizonyos tekintetben más symptomákkal jár, mint a gyermekkorban, szükségesnek tartjuk azt e helyen is tárgyalni. Hasonló lehet a csememő-kori meningitis bas. tbc. a dyspepsiához annyiban, hogy mindkettőnél lehet hányás, nyugtalanság, láz, esetleg hasmenés (a csecsemőkorban elég gyakran észleljük e két utóbbi tünetet meningit. bas. tbc. mellett). Ügyelnünk kell azonban a következőkre: 1. míg dyspepsia mellett a hányás csak rövid ideig tart, utána a gyermek megkönnyebbül, addig a meningit. bas. tbc. mellett a hányás makacs, napokig tartó, minden hevesebb mozdulatnál (felültetés, himbálás) ismét előáll, s utána a gyermek még csak rosszabbul van, elesettebbnek látszik; 2. míg a dyspepsiát követő enteralgiás fájdalmak alatt a csecsemő huzamos ideig s erőteljesen sír, mialatt lábaival erősen rugdalódzik, addig meningitis mellett a sírás rövid ideig tartó, inkább mintegy csak »felsír«, mialatt kezeivel feje felé kapdos, azután ismét csakhamar visszasülyed előbbeni apathiájába; 3. míg dyspepsiát, felböfögések, savanykás szájbűz s dyspepsiás székletek kisérik: meningitisnél ezen tünetek hiányzanak; 4. míg a dyspepsia a megfelelő laxans s étrend javítása után csakhamar javulni szokott, addig meningitisnél mindezen behatások eredménytelenek, a tünetek tovább is változatlanul fennállanak; 5. míg meningitis bas. tbc.

mellett a nagy kutacsnak a feszülése, sőt kiboltosulása gyakran már az első időszakban észlelhető, a melyhez nemsokára a szájnak sajátságos szopó mozgásai társulnak (mely tünet valószínüleg a nagyobbfoku fejfájással van kapcsolatban), addig hasonló tünetek dyspepsiánál nem fordulnak elő; 6. magasabb lázzal járó dyspepsiánál a folyamatot olykor eclampsia vezeti be; gyanus szemmel nézendő azonban s meningitisre kell gondolnunk, ha a fennemlített tünetekhez még eclampsia is társul mérsékelt lázak, vagy épen láztalan állapot mellett.

E helyen meg kell említenünk a csecsemőknél fejlődő genyes középfüllobot, otitis media suppurativa-t, miután kezdeti stadiumában a meningitishez hasonló tüneteket okozhat. Mielőtt a fülből a genyedés megindulna, olykor ugyancsak láthatjuk a fentebb említett symptomákat; ilyenek, hogy a csecsemő lázas és a feje felé kapdos, esetleg hány, igen nyugtalan, sőt még a nagykutacs is mérsékelt kidomborodást mutathat. Ilyen esetekben ne mulasszuk el a füleknek tükörrel való megvizsgálását. Ha a felsorolt tüneteket a fejlődő otitis media okozta, azok a genyedés megindultával azonnal megszűnnek.

A gyermek-korban előforduló gyomor-bélhuzam megbetegedésekkel nem akarunk bővebben foglalkozni, miután azoknak a tünetei semmiben sem térnek el a felnőttek hasonló bántalmaitól. Csupán a — bár gyermekeknél is elég ritkán észlelhető — periodikus hasmenéseket akarjuk felemlíteni, a melyekre jellegző, hogy mindig a napnak vagy éjnek ugyanazon órájában jelentkeznek.

A jelzett időben a gyermeknek — többnyire nagyobb gyermekeknél jő elő — többször egymásután bűzös, híg

székletéte van, míg a napnak más részében hasmenésben nem szenved. Az ilyen — valószinüleg abortiv malaria által feltételezett — hasmenéseknél láz vagy lépduzzanatnak a jelenléte nem játszik olyan szerepet, mint egyéb malariáknál, mert sokszor egyik sincs meg; a lépduzzanat aránylag még gyakrabban észlelhető, mint a láz. A malariás eredetre a periodicitás hívja fel figyelmünket első sorban, azután pedig azon észleletünk, hogy a hasmenések minden kezeléssel daczolnak. Diagnosisunk azonban csak akkor válik bizonyossá, ha a nyújtott chinin dosisokkal sikerül coupirozni a hasmenéseket.

* * *

Olykor diarrhoeát, olykor constipatiót okoznak a bélférgek, helminthiasis. A gyermekkorban elég gyakran fordulnak elő. És pedig a leggyakrabban látjuk a taenia solium és mediocanellata-t; az orsógilisztá-t, ascaris lumbricoides-t és a fonalférget, oxyuris vermicularis-t, ezért csak ezen legmegszokottabb férgekkel fogunk foglalkozni.

A taenia solium és mediocanellata annyiban hasonlítanak egymáshoz, hogy mindkettő izekből (proglottisokból) áll, a melyeknek a lánczolata néha 3—4 méter hosszúságot ér el, míg azonban a t. solium inkább sertéshúsban, a t. mediocanellata a marhahúsban van és ezek élvezete után juthat be az emberi szervezetbe. Míg továbbá a t. solium proglottisai csak székelés alkalmával távoznak a bélből, addig a t. mediocanellata proglottisai székelés nélkül is ürülhetnek. Egy másik különbség a két proglottis között, hogy a t. solium proglottisaiban a méh kevesebb elágazódást mutat, mint a t. mediocanellatában. Ha még

végre felemlítjük azt, hogy a t. mediocanellata proglottisai nagyobbak, mint a t. solium proglottisai, akkor a főbb különbségeket elsoroltuk.

Az ascaris lumbricoides, hosszúkás, orsó alakú, mintegy 25—30 cm. hosszú, halvány rózsaszínű féreg, mely különösen a vékonybélben szeret tartózkodni. Állandó helyéről azonban gyakran el is vándorol a végbél felé s azon át kiürül, vagy fel a gyomor felé s nem ritkán a szájon, illetve orron keresztül távozik.

Az ascaris lumbricoides, különösen ha nagy tömegben halmozódott fel a bélben, vagy a taeniák, ha elég hosszú lánczolatot képeznek, különböző tüneteket is okozhatnak; ilyenek a már fentebb említett diarrhoea, illetve constipatió, továbbá étvágytalanságot, olykor hányást (állítólag az éhgyomorra való hányás volna jellegzetes helminthiasisra); ezenkívül vannak az irodalomban esetek felsorolva, midőn reflectorikus úton epileptiform-görcsöket, sőt agyi tünetekhez hasonló symptomákat okoztak. (Részünkről néhány esetben helminthiasis mellett retardalt pulsust észleltünk.) Mindezen tünetek azonban még nem bizonyítják a bélférgek jelenlétét. Erről csak úgy győződünk meg, ha vagy a férget látjuk, vagy pedig, ha a betegnek a bélsarában a petéket felfedezzük.

A leghamarább meglelhetjük az oxyuris vermicularist, mely mintegy 3—4 mm. hosszú, fehér, czérnaszerű, élénken mozgó féreg. A vastagbélben és a végbélben szokott tartózkodni; éjjelenkint, de nappal is kijön a perinneumra és részben ott, részben a végbélben fellelhető. Vándorlásai alatt olyan erős végbél-viszketést okoz, hogy ezen erős izgalom a beteget onaniára, illetőleg masturbatióra késztetheti.

B) Székrekedéssel (constipatio), részint makacs hányással is járó gyomor- és bélbetegségek.

A constipatiót újszülötteknél fejlődési rendellenességek is okozhatják, a melyek lehetnek vagy a bélnek valamely szakaszán vagy a végbélen.

Ha a végbélen van elzáródás, ezt atresia ani, illetve recti-nek nevezzük, mely nagyon könnyen felismerhető, a mennyiben az anus hiányzik, a helyét pedig rendes köztakaróval fedett csekély behuzódás jelzi. Tüneteit a fokozódó meteorismus, hányás és különösen a székletét hiány képezik.

Még erősebb hányás és meteorismus észlelhető a bélcsatorna valamely szakaszának veleszületett szűkületé-nél, illetve atresiájá-nál, a mely esetekben a végbélnyílás természetesen normalis. Megjegyezzük azonban, ha a veleszületett szűkület a bélnek valamely magas szakaszán, pl. a pylorus alatt van, akkor a has nem meteoristikus. Ha az atresiás hely elég mélyen fekszik, akkor digital vizsgálatnál a meconium által kidomborított részt jól ki lehet tapintani.

Csecsemőknél gyakran találunk habitualis constipatiót, a melynek az alapokát sokszor rachitis, vagy anaemia képezi, máskor dyspepsia, mint már fentebb említettük, de sok esetben ezek nélkül is fennáll. A csecsemőknél ugyanis az S. Romanum mielőtt átmenne a végbélbe, egy elég mély kacsot képez. Mennyiben lehetne betudni ezen boncztani eltérést a székrekedés okául? az még kérdéses. Tény, hogy kimutatható alapok nélkül fennállhat úgynevezett habitualis constipatio, mely azonban alig okoz valamely kellemetlenséget a csecsemőnek.

Sokkal komolyabb jelentőségű az első életévben nem ritkán előjövő bélbetűrődzés, intussusceptio vagy invaginatio, mely a gyermeket, az esetek többségében, teljes egészség közepette támadja meg.

Első tüneteit a hirtelen beállott nagyfokú nyugtalanság, hányás és ezzel egyidejűleg kisebb-nagyobbmérvű collapsus képezik. Eleinte a táplálékot hányja ki a beteg, majd később bélsarat. További symptoma a makacs székrekedés, bár az első napokban még ürülhet bélsár a bélnek azon szakaszából, a mely az invaginált rész alatt van. Ezen tünetekhez csatlakozik azután egy másik cardinalis symptoma: vérnek vagy véres nyálkának eltávolodása a végbélen keresztül. Még ezen utóbb említett tünet megjelenése előtt tanácsos a végbélnek digital vizsgálatát végezni: ha az invaginatio a bélnek alsó szakaszán történt, vagy ha hosszú bélrész invaginálódott, gyakran tapinthatjuk, sőt újjal körül is járhatjuk az intussusceptum legömbölyitett végét.

A gyermek fájdalmasan sír, sikolt. A közérzet rossz, az arczkifejezés peritonitikus arczra emlékeztet: a szemek mélyen beesettek, ajkak szárazak, olykor kissé cyanotikusak.

Az első időszakban a has még nem meteoristikus, az invaginált részt akkor még a hasfalon át is ki lehet tapintani, hosszúkás kissé resistensebb képlet alakjában. Majd csakhamar fokozódik a meteorismus, de fokozódnak az érintett symptomák is; a közérzet még rosszabbá válik, majd az összeesés tünetei, kis érlökés, hideg végtagok stb. jelentkeznek és a gyermek 4—8 nap alatt tönkre megy.

Nem mindig végződik azonban halállal az invaginatio, mert vissza is fejlődhet, vagy esetleg a betüremkedett

részlet elhal, lefűződik, a végbélen át kiürül és a bél functiója ismét rendes lesz; vagy még egy harmadik lehetőség is van, hogy t. i. az invaginatio chronikussá lesz. Azaz az invaginált rész majd kiegyenlítődik, majd ismét invaginalódik, a mint ezt egy esetben észleltük a »Stefánia« gyermekkórházban. A beteg közérzete e mellett, az időszakonkint jelentkező enteralgiás fájdalmaktól eltekintve, elég jó.

Fontos dolog az invaginatiót a coprostasistól megkülönböztetni, a melylyel némely esetben összetéveszthető. Ennél is tapinthatunk a hasnak valamely részén egy galamb-tyuktojásnyi resistensebb képletet; a makacs székrekedés, gyakran hányás is ugyancsak megvan. Hiányzanak azonban az invaginatióra characteristikus egyéb symptomák: a véres nyálkának távozása a végbélen át, a collapsus stb. Coprostasis mellett szól azonban, ha az érezhető resistentia elmassirozható, illetve laxantiákkal eltűntethető.

Invaginatio után bélszűkületet nem igen észlelünk, inkább meg van erre az alkalom adva a végbelet, vagy annak a környékét ért traumák, lobos folyamatok után, vagy ha tévedésből valamely maró folyadék — lúg, sav — kerül a végbélbe. Ezen esetekben nem ritka a végbélszűkület, strictura recti fejlődése, makacs constipatióval.

Typhlitis stercoralis, illetve perityphlitis mellett jelentkező székrekedések is igen makacsok, erről későbben bővebben lesz szó.

Olykor végbélszűkületek mellett, gyakrabban veleszületetten, minden kimutatható ok nélkül észlelték a vastagbélnek a kitágulását, dilatatio coli

cong., a mely ugyancsak makacs székrekedést okoz. A colon vagy egy kisebb részében, vagy egész terjedelmében kitágul az eredeti térfogatának három-négyszeresére is. A kitágult colon következtében a has meteoristikus, azonban assymetrikusan, mivel a tágult colonrész miatt a pangó bélsár, illetve gázok nem osztódhatnak el egyenletesen. A tágult colonrész tehát a hasfalon keresztül mintegy gyermekfejnyi nagyságú, hosszúkás képlet mutatkozik, melyre ha nyomást gyakorolunk korgás kíséretében könnyen eltűnik, miután a gázoknak egy része a szomszéd bélrészekbe távozik, a nyomás megszüntével csakhamar előáll ismét az eltűnt kidudorodás, vagy az előbbeni helyen, vagy pedig a colonnak egy másik részén, illetve az egész colon hosszában.

Spontán, napokig alig ürül bélsár, a művileg elő-idézett székletét rendkívül bő, nagy mennyiségű gáz is ürül, mely után az assymetrikus meteorismus, illetve a kidudorodó képlet teljesen eltünik s csak 1—2 nap mulva kezd ismét mutatkozni, a mikor már ismét elegendő mennyiségű bélsár és gáz gyült össze a kitágult colon részben.

A gyermeknek a közérzete e mellett elég jó, láztalan, étvágya is van, csak akkor észlelhető bizonyos nyugtalanság, ha a bélsár nagy mennyiségben felhalmozódott. A kiürités után a közérzet azonnal javul. Daczára ennek a prognosis nem jó, mert spontán nem fejlődik vissza a kitágult colon, a művi beavatkozás sem jár eredménynyel; a makacs székrekedések pedig a beteget végre is kimerítik. Jobb a prognosis, ha a dilatatio coli végbél-szűkület után keletkezett.

Kizárt lágyék-sérv a gyermekkorban igen ritkán fordul elő, némileg az invaginatióhoz hasonló tüneteket:

hányást, székrekedést, collapsust okoz; a legfőbb tünet, hogy a megduzzadt s fájdalmas sérvet nem tudjuk visszahelyezni.

Makacs székrekedést okoz úgy a csecsemő, mint gyermekkorban előforduló végbél berepedés, fissura ani. Bár ezen esetben a bélműködés rendes, a székelés azonban olyan intensiv fájdalmat okoz a gyermeknek, hogy azt napokon keresztül visszatartja. Tünetét nagyobbrészt épen a székelések alkalmával jelentkező igen heves fájdalom képezi, másrészt a fissurának az objectiv vizsgálata.

Aránylag ritkán észleljük a gyermekkorban az elsődleges heveny hashártyalob-ot, peritonitis acuta, mely szintén elég makacs hányással s constipatióval jelentkezik. Gyakoribb a más betegségekhez csatlakozott peritonitis. E betegség rendesen elég hirtelen, heves hányással s nagyfokú hasfájdalmakkal lép fel. A has egész terimééjében meteoristikus s igen fájdalmas. A fájdalmak a hasnak megérintésénél is már fokozódnak. Az arcz már a legkezdetibb stadiumban is mutatja a jelleg- zetes peritonealis typust (arczszín halvány, szemek beesettek, kék gyűrűvel övezve, orr megnyult, arczvonások nagy fájdalmat fejeznek ki). A beteg állandóan hátán fekszik, alsó végtagjait felhúzva tartja. Láz 39·5—40·0°. Pulsus szapora, kis hullámú. Légzés igen felületes, nyögő jellegű. Bő izzadmány jelenlétében, a meteorismus daczára, könnyen sikerül a hasűrben a folyadékot kimutatni; csekély izzadmány mellett, esetleg csak helyzetváltoztatással, (a beteget az egyik, majd másik oldalára fektetjük: a mélyebb helyeket elfoglaló izzadmány felett tompa kopogtatási hangot kapunk; míg ugyanezen hely felett, — a beteget a másik oldalára fektetve, — a kopogtatási hang feltisztul.

Igen makacs hányást és székrekedést eredményezhetnek a különböző hashártyalobok után visszamaradó összenövések, kötőszöveti zsinegek. Ha ezekbe egy bélkacs belekerül, összenyomatik, az ileusnak igen heves tünetei állanak elő, erős kólikás rohamokkal, annyira, hogy invaginatióra lehetne gondolni. Az anamnesis, továbbá a végbélen át történő vér kiürítés hiánya, elég útbaigazítást adnak arra, hogy az invaginatiót kizárhassuk. Gyermekeknél igen ritka. A »Stefánia« gyermekkórházban eddig csak egy esetben észleltük.

Volvulus a gyermekkorban alig fordul elő. Teljesen azonos tünetekkel jár, mint a fentebb tárgyalt bélstrangulatio.

Még egy hasonló kórképet akarunk itt említeni, mely szintén igen ritka és ez a Meckel-féle diverticulum által okozott bél-strangulatió, mely úgy csecsemőknél, mint gyermekeknél előjöhet. Az utóbbi 10 év alatt kettőt észleltünk a »Stefánia« gyermekkórházban. Mindkét esetben a Meckel-féle kesztyű-újjszerű diverticulum csúcsi végével azon bélrészhez volt nőve, melyből a diverticulum kiindult és az így támadt hurokba bélkacs esett, mely strangulálódott.

Utóbb tárgyalt három kórképnek a tünetei annyira hasonlók (hányás, később bélsárhányás, constipatió, nagy meteorismus, érzékeny has, nagyfokú elesettség, beesett szemek, száraznyelv stb.), hogy adott esetben egyiket a másiktól elkülöníteni nagyon nehéz, majdnem lehetetlen. Tekintve azonban, hogy a három kórkép között a Meckel-féle diverticulum által okozott strangulatió aránylag leggyakoribb (volvulust gyermekkorban, Treves szerint, eddig csak egy esetben észleltek) hasonló körülmények

között első sorban is Meckel-féle diverticulum által előidézett bél-strangulatióra gondoljunk.

Végre megjegyezzük, hogy agyi-folyamatok, különösen meningitisek gyakran kezdődnek constipatióval és épen ezen symptoma az egyidejűleg észlelhető behúzódott hassal, egyik jellemző tünete a mening. bas. tuberculosának.

Nagyobb fiú, de különösen leány-gyermekek neurastheniájánál ugyancsak állandó tünetképen szerepel a habitualis constipatió. Ezen tünet rendszerint annyira praevaleál, hogy képesek vagyunk ebből s az egyidejűleg jelenlevő kólikaszerű fájdalmakból a neurastheniát gyanítani, a mit azután a többi tünetek (fáradsági érzet, szívdobogás, halvány arczszín, étvágytalanság, fejfájás, levertség, stb.) csak megerősítenek.

C) Véres székletétek úgy a legzsengébb, mint a gyermekkorban is előfordulhatnak.

A véres székletét vagy egy általános megbetegedésnek a résztünete, vagy pedig localis bélbántalom.

Az általános megbetegedések közül említendő, az újszülötteknél előforduló melaena neonatorum. Elég ritkán észleljük; fősymptomája közé tartozik nagy mennyiségű vérnek kiürülése a szájon, de különösen a végbélen keresztül. Oka még bizonytalan, valószínű, hogy vagy sepsis, vagy syphilis. A megbetegedés rendesen már az első vagy második életnap kezdődik véres hányással és véres ürülésekkel. A hányás időközben megszünhet, azonban a véres székelések makacsul fennállanak s nagyon gyorsan collapsushoz vezetnek. Az eseteknek egy kisebb részében, 24—48 óra mulva, a véres székelések is megszűnhetnek és a beteg javulni kezd.

Átlag az esetek 60%-a megy tönkre. A melaena neonat. s. melaena verától különbözik egy sokkal enyhébb folyamat a melaena spuria, kórboncztanilag azáltal, hogy utóbbinál nem a gyomorban, vagy belekben levő fekélyekből származik a vérzés, mint a melaena veránál, hanem emlő felsebzés, nyelvfék-feloldás, orrvérzés stb. után lenyelt kis mennyiségű vér keveredik a székletéthez s azon kisebb-nagyobb véres csíkok láthatók. Klinice különböznek azáltal, hogy melaena spuria mellett a közérzet teljesen jó s hogy csak nagyon kis mennyiségű vér látható a székletétben, míg a melaena vera mellett a vérzések igen profusak és a közérzet igen hamar rendkívül rosszá válik.

A gyermek-korban előforduló másik általános megbetegedés a Morbus maculosus Werlhofii, mely mellett a gyomor, illetve bélfekélyekből szintén intensive véres hasmenések jelentkezhetnek (erről bővebben a »köztakaró elváltozásainál«).

Bélmegbetegedések, mint enteritis follicularis, dysenteria, invaginatio stb. mellett szintén észlelhetünk véres székeléseket, ezekről már fentebb bővebben volt szó, ezenkívül esetleg typhus abdominalis, tuberculosis stb. mellett.

A kiürült vér mennyiségét és színét, illetőleg a következőkre kell figyelnünk: lehet a vér sok, mint melaena, morbus maculosus mellett, lehet kevés, csak egyes kisebb pamatokban vagy csíkokban jelentkező; a színét illetőleg lehet élénk piros színű, vagy egész fekete, a szerint, hogy a bélnek melyik szakaszából eredt a vérzés; mennél magasabb szakaszából származik a vérzés, annál inkább veszít piros színéből s annál inkább feketévé válik.

Élénk piros színű a bélsárral nem, vagy alig keveredett vért találunk a bél alsó szakaszából eredő vérzéseknél, így különösen végbél habarcz-nál, polypus recti, mely előre ment lobos bél megbetegedések után nem ritka.

A polypus rövidebb-hosszabb kocsányon, többnyire a végbélnek a hátsó falán űl, székelések alkalmával a végbélen keresztül ki is nyomul, mintegy lencsényi-babnyi nagyságú piros színű, könnyen vérző képlet. Sokszor székelés után is ürül még pár csepp vér. Digitál vizsgálatnál többnyire sikerül a polypust meglelnünk, a melylyel a diagnosist minden kétséget kizárólag biztosítjuk.

Nem szabad összetévesztenünk a végbél polypot haemorrhoidalis csomók-kal és prolapsus ani-val, a melyekkel pedig legkönnyebben felcserélik a gyakorlatban.

Az első (haemorrhoidalis-csomó) a gyermekkorban rendkivül ritkán fordul elő (a haemorrhoidalis vérzések pedig egyáltalában alig észlelhetők), különbözik a polyptól, hogy nem vérzékeny nyákhártyával van fedve s hogy a csomók a végbélnyilás környékén ülnek. A prolapsus ani, illetve recti elég gyakori betegség különösen idültebb constipatiók, enteritisek után, olykor hólyagkő mellett is észlelhető.

A végbélnek az előesése többnyire székelés alatt következik be, olykor csak 1—2 cm.-nyi hosszuságban, olykor azonban 8—10 cm., sőt még hosszabb rész is kinyomul a végbélen. Ha az előesett bél kicsi, székelés után spontán visszahúzódik, nagyobb előesett bélrészlet sokszor kint marad, könnyen vérzik s nem mindig könnyü a repositió. A prolapsus ani különbözik a polypus recti-

től abban, hogy nem kocsányos babnyi részt láthatunk a végbélnyílásánál, mint polypusnál, hanem a bél keresztmetszetének egész nagyságát feltüntető, piros színű, a bél ránczait s közepén behúzódást mutató képletet, mely nem egyéb, mint a végbélnek a belső felülete s a melybe az ujjunkat egész kényelmesen bevezethetjük.

Népiesen, az előesett végbél-részt »rózsá«-hoz hasonlítják, a melyhez színe, karélyozott felülete miatt tényleg hasonlít is, ellentétben a polypus rectivel, melyet a nép a »bimbó«-val hasonlít össze.

Mielőtt végeznők ezen fejezetet, még két esetről akarunk megemlékezni, a melyek közül különösen az egyik helytelen következtetésekre adhat alkalmat.

Az egyik: előrement orr-garat, stb, vérzések után a lenyelt vér megfesti erősen a székletétet, mely természetesen fekete; a másik: olykor igen kemény scybalák a gyermeki végbélnek nyákhártyáját felsebzik annyira, hogy a székletétben véres csíkok, sőt egyes vércseppek is láthatók.

Az anamnesis, illetve a végbélnek a helyi vizsgálata mindkét esetben megadják a kellő útbaigazítást.

A hasi szervek betegségei.

Normalis állapotban a has a légzési mozgásokat követi, tapintásnál nem fájdalmas, könnyen benyomható, benne semmi resistentia nincs. Kopogtatási hangja váltakozó dobos, mérsékelten előreboltosuló, háti fekvésben a hasfal körülbelől a mellkas síkjában van.

Behúzódott a has, meningitis basilaris tbc.-nak már kezdeti stadiumában is, mely később még erősebben fokozódik; olykor agytumorok mellett, azonkívül inanitió-

nál pl. oesophagus stricturánál, atrophiánál vagy hosszas betegségek után.

Felfúvódott, illetve megnagyobbodott lehet a has különösen három okból, 1. ha a belekben levegő gyülemlett meg (meteorismus), a mikor a kopogtatási hang dobos színezetű, vagy kifejezetten dobos, a has nehezebben benyomható. Ezt észlelhetjük: *a)* enteralgiánál (a csecsemő lábaival rúgó mozgásokat végez és annyira sír, hogy belekékül, sokszor dyspeptikus székletek, messzehallható flatusok, mely után az állapot javul), *b)* rachitikus gyermekeknél a has állandóan erősen puffadt (tympanitis), úgy, hogy az alsó bordák mindkét oldalon kifelé görbültek; *c)* bélhurutoknál, valamint constipatiónál a colon-nak veleszületett tágulatánál,melyre az assymetrikus meteorismus jellegzetes; typhus abdominalis-nál. Nagyfokú meteorismust találunk *d)* ileusnál, invaginatiónál és heveny hashártya-lobnál.

2. Meg lehet nagyobbodva a has, ha benne nagyobb mennyiségű folyadék gyülemlett meg. A physikalis viszonyok ekkor a következők: bő folyadék jelenlétében az egész has felett tompa a kopogtatási hang háti fekvésben; dobos kopogtatási hangot csak a köldök tájékán kapunk. A kopogtatási hang oldalfektetésnél változik, még pedig azon oldalon, a melyiken a beteg fekszik, a tompulat még intensivebb lesz, míg az ellen oldalon dobos színezetet nyer s megfordítva. Fluctuatio kifejezett. Ha kevés folyadék van a hasüregben, akkor a tompa kopogtatási hang, hanyatt fekvésben, csak a has oldalrészein, álló helyzetben csak a has alsó részei felett észlelhető, ugyanekkor a fluctuatio is csak az alhas felett mutatható ki.

A következő esetekben találunk szabad folyadékot a hasűrben: *a)* a peritonium acut és idült lobjainál; *b)* pangásból eredő hasvízkórnál, különösen májbetegségeknél; és *c)* általános hydropsnál, különösen szív és vesebajoknál; ritkábban huzamos ideig tartó bélhurut után. Az utóbbi két esetben tehát akadályozott vérkeringés képezi az ascitesnek az alapokát, azaz transsudatummal van dolgunk, míg az *a)* alatt említett esetekben lobterményről, exsudatumról beszélhetünk. Az exsudatum abban különbözik a transsudatumtól, hogy fehérnyét bőven tartalmaz (4—6%) s fajsúlya 1018-on felül van, míg a transsudatum fehérnye szegény (2—3%) és fajsúlya 1006—1015. A hashártya heveny lobjáról már fentebb volt szó.



17. ábra. Peritonitis tbc. chron.

A peritoneumon kétféle idült lobot szoktunk megkülönböztetni, úgy mint az idült gümőkóros hashártyalobot, peritonitis tuberculosa chron. és az idült savós hashártyalobot, peritonitis chron. serosa-t. (17. ábra).

Mindkettő idülten, úgyszólva lappangva fejlődik s mindkettőnél tetemes a hasüregben meggyülemlett folyadék mennyisége. A megnövekedett has alakjára nézve sem

találunk eltérést a két kórfolyamat között, mert mindkettőnél a has kissé tojásdad alakú, a köldök előemelkedik (a köldök csak nagyfokú izzadmány esetén simul el). Eltérést találunk azonban a két peritonitis között a következőkben:

1. Míg a peritonit. chron. serosa aetiologiája homályos, teljesen egészséges gyermekeknél fejlődik, addig a peritonit. tbc. chron. görvélyes, tuberculotikus vagy erre hajlamos gyermekeknél észlelhető. (A perit. tbc. chron. anamnesisében sokszor említik az előrement idűlt, valószínüleg tbc.-us bélhurutokat.)

2. Míg a perit. chron. serosa egész fennállása alatt a gyermek közérzete nem rosszabbodik, étvágy megmarad, nem soványodik, szóval a megnagyobbodott hason kívül más beteges symptomát egyáltalában nem mutat, addig a perit. tbc. chron. lefolyása alatt a gyermek rendkívül erősen lesoványodik (különösen a végtagok és a mellkas), úgy, hogy a gyermek a betegség későbbi stadiumában pók küllemet vesz fel, az általános közérzet rosszabbodik, étvágy csökkent.

3. Míg perit. chron. serosa mellett láz nincs, addig perit. tbc. chron.-nál rendszerint 38.5—39.0^0 C. hőemelkedést találunk az esti órákban.

4. Míg perit. chron. serosánál a has nyomásra seholsem érzékeny, benne resistensebb képletek nem tapinthatók, addig perit. tbc. chron.-nak különösen előhaladottabb stádiumában a hasban kisebb-nagyobb gömbölyded vagy hurka alakú, egy vagy több resistens képlet tapintható (plastikus izzadmány), a mellett a has érzékenysége helyenkint fokozott; olykor spontán, erős kolikaszerű fájdalmai is vannak a betegnek.

5. Míg perit. chron. serosa jelenlétében a has bőrének a felületes visszerei csak alig, vagy semmit sem tágultak, addig perit. tbc. chron.-ra egyik jellegzetes symptoma a köldök körüli hasfal bőrének pirosas elszíneződése, a mit periumbilicalis lobnak is nevezünk.

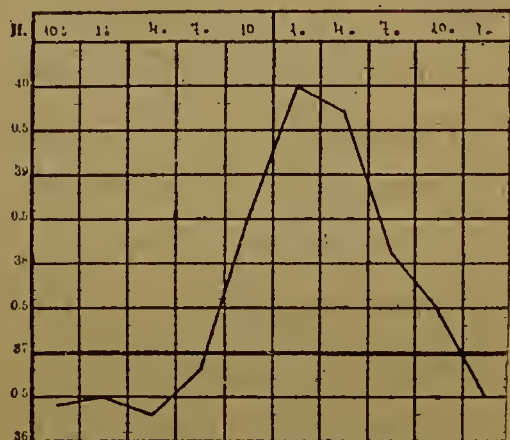
6. Míg perit. chron. serosa mellett egyéb szervek teljesen épek, addig perit. tbc. chron.-val együttesen egyéb szervekben, különösen a mirigyekben, vagy a bőrön stb. találhatunk tbc.-us megbetegedést, vagy terheltséget, a mely körülmény diagnosisunkat csak támogatja. Nem ritka azonban az sem, hogy perit. tbc. mellett az összes szerveket épeknek találjuk.

7. Figyelemre méltónak tartjuk végre azon körülményt, hogy perit. tbc. chron. mellett a hasvízkór bizonyos esetekben ingadozásoknak van kitéve, azaz elég hirtelen megapad vagy egészen eltűnik, ez azonban nem jelenti a folyamatnak a javulását, mert azt tapasztaltuk, hogy a plastikus izzadmány a hasüregben, a mely eddig csak alig volt tapintható, a folyadék eltűntével szaporodik, a közérzet nem javul; majd bizonyos idő mulva a folyadék ismét szaporodhat. Ilyen megcsökkenése, illetve eltűnése a folyadéknak többször is beállhat egy betegnél. A perit. chron. serosánál a folyadéknak az eltűnése egyszersmind a folyamatnak a javulását is jelenti, a mely után a szabad hasvízkór újra előállani nem szokott.

Daczára a most elősorolt differential-diagnostikus momentumoknak, vannak esetek, midőn a két kórfolyamat összetéveszthető, mert a tünetek nem egészen kifejezettek. Vannak esetek, a midőn perit. chron. serosában szenvedő beteg más körülmények miatt soványodott le úgy, hogy nem tudjuk határozottan eldönteni, vajjon mi volt a

lesoványodás oka, ekkor tehát már az egyik főtünet elesik; továbbá vannak esetek, a midőn perit chron. serosa folyamán is jelentkezhetnek rendetlen lázak; viszont vannak esetek, a midőn perit. tbc. chron. mellett láz hiányzik, továbbá a has palpatiójánál nélkülözzük a folyamatra szintén jellegzetes plastikus izzadmányt stb.

Azért a két kórforma között a biztos differentialdiagnosist csakis a Koch-féle tuberculin reactióval lehet eldönteni, mely perit. tbc. chron. eseteiben positiv (azaz a befecskendés után 3—5 órával 39—40^0-os láz lép fel, mely pár óra mulva megszűnik), míg perit. chron. serosa mellett negativ, azaz láz nem jelentkezik. (18. ábra.)


18. ábra. Tuberculin reactió.

Koch-féle tuberculint százszorosan higitunk és ez oldatból $^1/_3$—$^1/_2$ Pravazzal bőr alá fecskendünk. Az így alkalmazott adag 3—5 milligramm.

Pangásból eredő hasvízkór a gyermekkorban többnyire hepatitis interstitialis chron. vagy cirrhosis hypertrophica által van feltételezve.

A májnak ascitest okozó luetikus, valamint amyloid elváltozása csak ritkán s akkor is másodlagos úton szokott kifejlődni, úgy, hogy ezekkel itt bővebben nem foglalkozunk. A hepatit. interstitialis alkohollal való visszaélés következménye, vagy fertőző betegség után lép fel.

Tünetei emésztési zavarokkal kezdődnek, a melyhez rövidebb-hosszabb idő mulva icterus csatlakozik, mely nem súlyos, olykor csak a sclerák icterikusak. Sokszor az icterussal egyidejűleg, máskor utána ascites észlelhető,

mely ha nagyfokú, a lábakon is vizenyő léphet fel. A máj, valamint a lép már a folyamat kezdetén nagyobbodottak, kissé tömöttebb tapintatúak, később a zsugorodás szakában a májnak a kemény tapintata még kifejezettebb lesz. A has bőrének a felületes visszerei tágultak, különösen a köldök körül. (caput Medusae.)

c) Az általános jellegű hydrops az esetek többségében vesebaj v. szívbaj, ritkábban huzamos ideig tartó bélhurutok után szokott kifejlődni. Az ascites ezen esetekben csak csekélyebb diagnostikus jelentőségű, miután első sorban az arcz, illetve az alsó végtagok vizenyője fejlődik ki, és ezekhez csak későbben társul az ascites.

Az általános jellegű hydrops mellett kifejlődött ascitest a pangásból eredő ascitessel, vagy idült peritonitissel összecserélni alig lehetséges, miután az általános hydropikus tünetek, illetve az ezzel kapcsolatban észlelhető szív-elváltozások és vizelet vizsgálat (anamnesis) kellő felvilágosítást nyujtanak.

Pangásból eredő ascites és idült peritonitis között a különbséget az anamnesis, a májnak, valamint a lépnek a vizsgálata (idült perit. mellett nincsenek megnagyobbodva), az előrement vagy még fennálló sárgaság, a rossz közérzet stb. adják, esetleg a próba-csapolással nyert folyadéknak a vizsgálata eldönti a diagnosist.

Meg lehet nagyobbodva a has a benne levő daganatok miatt, ekkor a physicalis vizsgálatnál a hasban resistens, olykor fájdalmas képletet fogunk találni, mely felett a kopogtatási hang tompa; nagyobb daganatoknál a hasnak két fele között aránytalanságot találunk. A köldök alakját nem változtatja, ugyancsak nem változik a hasnak az alakja sem helyzet változtatásnál.

A vizsgálat első sorban arra történjék, melyik szervből (vese, máj, stb.) indul ki a daganat; erre irányadó az illető szerv tájékának a kiboltosulása és a többi physicalis jelek.

A májdaganatoknál a jobb hypochondrium tájékán találjuk az előboltosulást. A gyakoribb gyermekkori májdaganatok közül említjük az echinococcus hepatis-t, mely csak akkor kórismézhető, ha a tömlő már olyan nagyságot ért el, hogy jól tapintható.

Tüneteit, a májtájéknak mérsékelt (de olykor tetemes) félgömbszerű elődomborodása képezi első sorban, mely kiemelkedés felülete síma, nyomásra nem fájdalmas és fluctuál. Az elődomborodás a májtól külön nem választható, a légzési mozgásokat a májjal együtt követi. Próbacsapolással (melyet mindig a legkiemelkedőbb ponton végzünk), majdnem víztiszta, csak igen mérsékelten halványsárgásan festődött folyadékot kapunk, mely fehérnyét nem, ellenben Cl.-Na.-t elég bőven tartalmaz s a melyben górcső alatt gyakran echinococcus horgokat találunk, borostyánkő-savat pedig mindig sikerül kimutatnunk (utóbbi vaschloriddal barnára festődik).

Kifejezettebb daganatot alkot, a gyermekkorban bár ritkán előforduló májsarcoma. Jellegeztetik a fekvési viszonyain kívül különösen azáltal, hogy igen tömött tapintatú, felülete dudorzatos, nyomásra nem fájdalmas, aránylag gyorsan növekszik (olykor icterust okoz) s hogy a gyermeknél elég hamar cachexia fejlődik ki. Kétes esetekben a daganatból próba-csapolással nyert részlet microskopikus vizsgálata dönt.

A lépben daganatok, a gyermekkorban alig fordúlnak elő, azért áttérünk a vese daganataira. A gyermekkorban különösen kétféle vese-daganat fordul elő:

1. rosszindulatú álképletek, mint sarcoma és carcinoma és 2. a vese-vízkór, hydronephrosis.

Vese-sarcoma és carcinoma már a legfiatalabb gyermekkorban is aránylag elég gyakran észlelhető. A megbetegedésre jellegzetes az olykor már a kezdeti stadiumban jelentkező véres vizelet, a has-űr mélyében tapintható, nem mozgatható daganat mellett. Majd a daganat gyorsan növekszik s ezzel arányban fejlődik ki a cachexia.

Ha a tumor már megnövekedett, akkor a hasnak azon az oldalán, a melyik veséből a daganat kiindult, sokszor a csipő-csont taréja és a bordaív között prominálva tapinthatjuk az egyenetlen felszínű, tömött, nem mozgatható képletet, mely a májtól jól elkülöníthető, befelé pedig egészen a köldökig terjedhet. A has bőrének a visszerei a daganat nagyságának arányában tágultak; olykor erősebb meteorismus, olykor ascites is észlelhető. Vizeletzavarok, — ha a tumor a húgyhólyagra erősebb nyomást nem gyakorol — nincsenek. A folyamatot gyakrabban constipatió, ritkábban diarrhoea kíséri.

A hydronephrosis az uretereknek a teljes vagy részleges elzáródása által van feltételezve, lehet veleszületett vagy szerzett. Ha mindkét ureter elzáródott, akkor mindkét hypochondriumban találunk egy-egy ökölnyi, gyermekfőnyi nagyságú daganatot, mely fluctuál, e mellett a vizeletkiürítés majdnem teljesen megszűnt. Az esetek többségében csak az egyik ureter szokott elzáródni részben vagy teljesen, valamely ok folytán (kő, lobos folyamatok, compressio stb.) és ekkor a hasnak azon felében tapinthatjuk a mélybe követhető, nem mozgatható, síma felületű, nyomásra nem fájdalmas, férfiökölnyi, egész gyermekfej nagyságú daganatot, mely fluctuál s melyből próba-

csapolásnál húgysavat s hugyanyt tartalmazó, áttetsző folyadékot kaphatunk. Jellegző még ezen daganatra, hogy a vizelet mennyisége majd bővebb, majd ismét csekélyebb s ezen ingadozással egyszersmind a daganat is majd megnagyobbodik, majd megkisebbedik. Ezen utóbb említett tulajdonsága a hydronephrosisnak és a próba-csapolás által nyert folyadék vizsgálata különbözteti meg a vesevízkórt, kétes esetekben, egyéb vese álképletektől.

A vesedaganatokhoz kissé hasonló kórképet ad a bélfodormirigyek sajtos elfajulása, degeneratio caseosa gland. mesenterialium, valamint a hashártya megetti mirigyek sarcomás elfajulása, degeneratio sarcomatosa gland. retroperitonealium. Utóbbiak különböznek azonban előbbiektől abban, hogy míg a vesedaganatok excentrice feküsznek, addig az elfajult mirigyek többnyire concentrice helyeződtek a köldök körül, továbbá míg a vesedaganatok, legyenek azok kisebbek vagy nagyobbak, mindig egy összeállóbb képletet mutatnak, addig a degenerálódott mirigyek igen sok kisebb-nagyobb tömött tapintatú képletből látszanak állani, úgy hogy az elfajult mirigyek összesége a carfiolhoz hasonló alakot vesz fel. Ezt a képet szoktuk látni a mesenterialis mirigyek hyperplasiájánál, illetve elsajtosodásánál.

Arra nézve pedig, hogy vajjon a mesenterialis, vagy a retroperitonealis mirigyek elfajulásával van-e dolgunk, a következőkre kell ügyelnünk: 1. a mesenterialis mirigyek sajtos elfajulását hosszú ideig tartó hasmenések előzik meg; 2. a mesenter. mirigyek elfajulásánál az egész daganat sokkal felületesebben fekszik, a mélybe nem terjed, a daganatot alkotó egyes elfajult mirigyek jól mozgatha-

tók; 3. az inguinális mirigyek nem mutatnak nagyobb beszüremkedést; végre 4. a köztakarón vagy a szervezet egyéb helyein fellelhető tbc.-us elváltozások is fontos útbaigazítást nyújtanak.

Ezzel szemben a retroperitonealis mirigyek sarcomás elfajulásánál a dudoros felszinű daganat a mélybe folytatódik, nem mozgatható, cachexia elég kifejezett, a vizeletben esetleg alak-elemek észlelhetők, az inguinalis mirigyek erősen infiltráltak.

Az alhas tájékán még előfordulnak olyan megbetegedések, tumorok, a melyek inkább fájdalmasságuk által jellegeztetnek. Nevezetesen a vakbél körüli lob, perityphlitis. Már a legfiatalabb gyermekkorban is előfordulhat, de a leggyakoribb az 5—12-ik életévek között. A bajt rendesen huzamosabb ideig előrement székrekedés — olykor diarrhoeával váltakozva — előzi meg. Majd hirtelen, rendszerint sokáig tartó székrekedés után, erős hasfájdalmak s magas, 40.0° C. láz kiséretében fellép a lob a vakbélen s ugyanekkor már, vagy egy-két nappal utána, azon helyen kisebb-nagyobb hosszúkás vagy gömbölyded resistens képletet lehet tapintani, mely nyomásra igen érzékeny.

A makacs székrekedéshez a betegség kezdetén hányás is társulhat. Előrehaladt esetekben meteorismus fejlődhet ki, mely az ileo-coecalis tájékon ülő daganatot takarhatja. Ilyen körülmények között a perityphlitis az ileus, illetve az invaginatio kórképéhez hasonlíthat, különösen utóbbinak olyan esetében, a mikor még nincsenek jelen a jellegzetes véres-nyálkás kiürülések. A láz ekkor nem képez biztos támpontot, mert lehet, hogy perityphlitisnél nincsenek már ezen stadiumban lázak. Fontos dolog ilyenkor a

végbélvizsgálat; perityphlitis mellett szól ugyanis, ha végbélvizsgálatnál ujjunkkal a jobb medencze tájékban resistens képletet érzünk, a mely resistentia baloldalt természetesen nem érezhető, míg invaginatiónál hasonló resistens képletet nem találunk, hanem esetleg az intussusceptumnak a legömbölyített végét.

Kissé mérsékeltebb a fájdalmasság és a láz a horpasz-izom lobjánál, psoitis, melynél a perityphlitishez hasonló alakú tumort találunk az alhas tájékon, csakhogy míg a perityphlitikus duzzanat a reg. infra umbilicalisban, a vakbélnek megfelelőleg fekszik, addig psoitisnél a tumor kissé lejjebb a fossa iliacában található; különbözik még a perityphlitistől abban, hogy székrekedés, hányás nem kiséri, s hogy mindkét oldalon előjöhet.

Pathognostikus tünete a psoitisnek, hogy a beteg a bántalmazott oldalon az alsó végtagját kissé felhúzva tartja, mely flexiós tartás annál kifejezettebb, mennél hevenyebben fejlődött a lob. Ha ezen flexiós helyzetből extensióba akarjuk a beteg oldali végtagot hozni, az a betegnek rendkívül fájdalmas, míg az adductio könnyen sikerül. Ezen utóbb említett körülmény, hogy t. i. a csípő-izület szabad, egyik fontos differentialis symptoma egyszersmind psoitis és coxitis között.

A különböző spondylitisek (háti, ágyéki, stb.) kiséretében jelentkező sülyedési tályogok (abscessus congestivus e spondylitide) a psoitishez hasonló tumorokat képeznek, a mennyiben a geny legtöbbször a psoas mentén sülyed le s az alhasban olykor a czomb belső felületén, máskor a háton, kisebb-nagyobb fluctuáló, nyomásra csak kevéssé érzékeny daganatot képez.

Különbözik a psoitistől, hogy a tünetek nem olyan vehemensek (láz, fájdalmasság csekély), továbbá, hogy hiányzik a flexiós tartás. Azonkívül a spondylitisre jellegzetes tüneteket is fellelhetjük (gibbus, vagy elferdülése a gerincz-oszlopnak, vagy ha még alaki eltérés nincs, a beteg kiméli gerincz-oszlopát, lehajlásnál térdeire támaszkodik, jellegzetes testtartás járásnál, stb.).

Csak a felületes vizsgálat tévesztheti össze a psoitist csípő-izületi lobbal, coxitissel. Bár a flexiós tartás a beteg oldalon utóbbinál is megvan többé-kevésbbé, észlelünk azonban olyan tünetet is, mely psoitisnél teljesen hiányzik, nevezetesen az alsó végtagnak a medenczéhez való rögzítettségét, azaz azon tünetet, hogy a czombnak a behajlításánál, valamint a kinyújtásánál a medencze avval együtt mozog. Ugyanekkor azt is tapasztalhatjuk, hogy az alsó végtagnak a kinyújtásánál a gerincz-oszlop ágyéktáji részén jól kifejezett lordosis keletkezik, mely a végtagnak a behajlításánál teljesen eltűnik. E mellett a glutaealis tájék conturjainak az elsímulása az ép oldallal szemben, a sulcus femoralisnak a mélyebb állása, illetve elsímulása, a sajátságos biczegő járás, az esetleg létrejött izzadmány a csípő-izület tájékán, mind fontos tüneteit képezik a coxitisnek, a melyek tekintetbe vételével a psoitistől teljesen elkülöníthető.

E helyen még két kórképről kivánunk említést tenni, melyek bár a gyermekkorban ritkán fordulnak elő, adott esetben azonban tévedésekre adhatnak okot. Ezek 1. a vándor vese, ren migrans, rendszerint erős kolikaszerű fájdalmak kisérik, különösen jellegző ren migransra, ha a jelzett panaszok mellett a hasüregnek valamely részén felleljük a könnyen mozgatható, vese alakú képletet. Igen

könnyű a ren migrans-sal összetéveszteni a még ritkábban előforduló idült invaginatió-t, melyre ugyancsak az időnként fellépő erős kolika-szerű fájdalmak jellegzetesek, e mellett a hasnak egyik vagy másik részén egy mérsékelten ellenálló képletet találunk, mely nyomásnál elég könnyen eltűnik (ha ugyanis az intussusceptum könnyen ki- és bejár az intussuscipiensbe). Utóbbit ren migranstól csak a pontosan felvett anamnesissel különböztethetjük meg (előrement invaginatiónak a tünetei), esetleg azonban csak próba laparatomia útján. Coprostasissal a ren migrans alig téveszthető össze, kétes esetekben megfelelő adag laxans s diaeta eldöntik a diagnosist.

4. Erősen megnagyobbodott a has végre, ha a hasüregbe levegő jutott. Ilyenkor a has erősen előredomborodik, a kopogtatási hang mindenütt mély dobos, a lép és a májtompulat eltünik, különösen oldalfektetésnél; légzés nehezített, cyanosis. Oka a gyomor, illetve a bélnek átfúródása, előbbinél huzamos ideig fennálló ulcus után, utóbbinál pedig súlyos fekélyedéssel járó typhus abdominalis után következhet be, bár a gyermekkorban mindkettő rendkívül ritkán fordul elő. Ovakodjunk, nehogy felcseréljük a perforatiót erősebb meteorismussal, utóbbinál is eltünhet a lép és a májtompulat, de hiányzanak a perforatióra igen jellegzetes collapsusnak a tünetei (facies hypocratica, gyors és kicsi pulsus, szapora és felületes légzés stb.).

A máj betegségei.

Csecsemőknél a májnak felső határa a jobb mellkasfélen mellől, a mamillaris vonalban, körülbelül az ötödik bordára esik, a mellső axillaris vonalban pedig a hatodik

bordára. Alsó széle ilyen korban a borda-íven túl terjed. Csak az 1—2-ik életév után állanak be a felnőttekhez hasonló viszonyok a máj fekvését illetőleg; ekkor a felső határ a mamillaris vonalban a hatodik borda, az alsó széle a borda-íven nem terjed túl. (Az első életévben a máj, daczára, hogy a bordaíven túlterjed, nem tapintható, mert consistentiája nem különbözik a környező szövetektől.). A máj *tapinthatóvá válik*, illetőleg a *májtompulat nagyobbodik*, ha vagy a consistentiája megváltozott, vagyis tömöttebb lett, mint lues hereditariánál, vagy rachitis mellett stb. vagy ha megnagyobbodott.

A májtompulat megnagyobbodásának különösen *három oka lehet*: 1. *a májban létrejött daganatok*, mint echinococcus, sarcoma és abscessus hepatis. Előbbi kettőről már fentebb volt szó, utóbbi az *abscessus hepatis*, többnyire másodlagosan septikus folyamatok kiséretében, ritkán elsődlegesen, traumák után szokott előfordulni.

Tüneteit, a májtájék érzékenysége s duzzanata, icterus, intermittáló lázak, rázó hideg, elesettség, továbbá a duzzadt májtájék fluctuátiója képezik. A diagnosist a fluctuáló helyből, punctio által nyert geny biztosítja.

2. *A máj állományának, a parenchymájának a meglobosodása*, mint *cirrhosis hepatis*-nak különösen az első időszakában, valamint *cirrhosis hypertrophica* mellett.

Utóbbi a gyermekkorban ritkán ugyan, de olykor előfordul, és úgy mint a felnőtteknél, a cirrhosis hepatis-tól csak a kifejezettebb icterus, a mérsékelt ascites, továbbá azon körülmény különbözteti meg, hogy a máj a későbbi stadiumban sem kisebbedik.

A gyermekkorban előjövő hurutos sárgaság, icterus catarrhalis-nál ugyancsak jól palpálhatóvá válik a máj, e mellett a máj-tájék érzékeny. A hurutos sárgaságot alig lehet összetéveszteni más ugyancsak icterust okozó bajokkal, ha arra ügyelünk, hogy teljes egészség közepette hirtelen keletkezett gyomorhurut tüneteivel egyidejüleg lép fel, enyhe lázas mozgalmak kiséretében az icterus. A székletét színe icterusnál a ductus coledochus elzáródása miatt agyag színű, a vizelet barna, sör-szerű, sárga habbal, a melyből a Gmelin-féle próbával könnyen sikerül az epefestenyt kimutatni. Végre azon körülmény, hogy elég jó közérzet mellett az icterus már néhány nap mulva szűnni kezd, — kétségtelenné teszi az icterus catarrhalis diagnosisát.

A parenchymás lobokhoz számíthatjuk még a heveny fertőző bajoknál, typhus, scarlatina stb.-nél észlelhető, valamint a phosphor-mérgezést kísérő májmegnagyobbodásokat is; végre 3-szor megnagyobbodik a máj pangások, vérkeringési akadályok folytán s létrejön az úgynevezett pangási máj. A leggyorsabban észlelhetjük ezt vitium cordisnál az incompensatió stadiumában, melynek súlyosságával egyenes arányban áll a máj megnagyobbodása. Az incompensatió acmeján a máj nem ritkán 3—4 újjal haladja túl a borda-ívet, a javulás beálltával a megnagyobbodott máj is fokozatosan kisebbedik. Idesoroljuk a huzamosabb betegségek (tuberculosis, sokáig fennálló empyemák, stb.) kapcsán kifejlődő úgynevezett amyloid máját, valamint a leucaemia mellett jelentkező leucaemiás máját, mely esetekben a máj gyakran óriási dimensiókat ér el, úgy, hogy a köldökön alul tapintható.

Végre megnagyobbodott a májtompulat, ha a mellkasi szervek megbetegedése folytán le van tolva, mint jobboldali izzadmány, légmell mellett.

A májtompulatot kisebbedettnek találjuk, illetve teljesen eltűnik: 1. erős meteorismus-nál; 2. cirrhosis hepatis későbbi időszakában; 3. gyomor, illetve bél-perforatió-nál; 4. situs viscerum inversus-nál. Adott esetekben a négy kórképet nem nehéz egymástól megkülönböztetni.

A lép betegségei.

Mint a májat, úgy a lépet is legczélszerűbb, ha fekvő helyzetben vizsgáljuk, mert így tévedésnek legkevésbbé vagyunk kitéve. Vizsgáljuk úgy kopogtatással, de különösen tapintással, utóbbi a gyermekkorban inkább megbízható. A tapintásnál arra ügyeljünk, hogy a bal borda-ív alá csak mérsékelt nyomással tegyük balkezünknek csak kissé behajlított újjait; ugyanis, ha a lép megnagyobbodott, akkor az inspiriumokat követő leszállásnál bele fog ütközni újjainkba. Ha feltett kezünkkel erős nyomást gyakoroltunk a borda-ív alá, akkor vagy megakadályozzuk a lépnek a leszállását vagy befelé a has ürege felé nyomjuk a lépet; mindkét esetben helytelen eredményt kaphatunk. A lépnek a physiologikus helyzete a gyermekkorban a 8-ik borda alsó szélétől a 11-ik bordáig terjed és pedig hátul a bal linea axillaris posteriorban kezdődik s mellfelé a linea axillaris mediat kissé metszi. Alsó határa a borda-ívet nem éri el egészen, vagyis a normalis nagyságú lép nem tapintható.

A csecsemőknél azonban a lép a borda-ívet 1—2 cm.-rel túlhaladja, de tapinthatóvá csak akkor válik, ha

consistentiájában változik, különösen lues, rachitis stb. mellett. A gyermekkorban a lép, ha — normalis mellkasi viszonyok mellett — tapintható, akkor meg van nagyobbodva. Ha a lép megnagyobbodott azt kell kutatnunk, vajjon az heveny vagy idült-e? a diagnosis megállapításánál ez esetleg döntő symptoma lehet.

Heveny a lépduzzanat, ha tapintásra érzékeny, ha nem nagyon tömött, ha jól legömbölyített szélű; ellenkező esetben rendesen idült. Megjegyezzük még, hogy heveny lépduzzanat egy, legfeljebb két újjnyival szokott a bordaíven alul érni, az ennél nagyobb, például a köldökig, vagy ezen alul érő lépdaganatok tehát kétségtelenül idültek. Heveny lépduzzanatot találunk, majdnem az összes fertőző bántalmaknál, különösen typhus abdominalis, malaria, cerebro-spinal-meningitis, scarlatina, miliaris tbc. acuta, febris recurrens stb.-nél. A folyamat javultával a lép is fokozatosan visszafejlődik. Míg azonban a jelzett betegségek közül a cerebro-spinal-meningitisnél, scarlatinánál, pneumoniánál a lépduzzanat nem képez cardinalis symptomát, addig typhus abdominalis, febris recurrens és malaria esetekben a lépduzzanatot majdnem sohasem nélkülözzük.

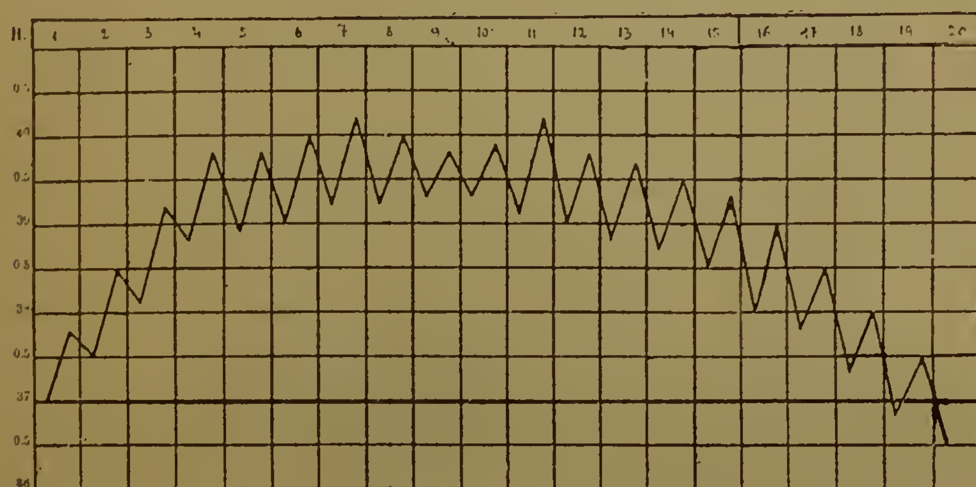
Kivételt képez ezen szabály alul az úgynevezett febris intermittens larvata. Itt ugyanis nélkülözzük a rázóhideggel bevezetett lázrohamokat, mert sokszor egészen hiányzik a láz, de még lépduzzanatot is sokszor hiába keresünk. Jellegzetesek azonban az ugyancsak szabályos időközökben jelentkező tünetek, a melyek alapján febris intermittens larvatára gondolhatunk. Ilyen tünetek lehetnek: a napnak vagy éjszakának ugyanazon szakában ismételve jelentkező hasmenések, köhögési rohamok, hasfájdalmak stb.

Ha ezen tünetek egyéb kezelési móddal daczolnak, s ha chinin adagolásra szűnnek, diagnosisunk kétségtelenné válik. Részünkről ugyanazon időszakban jelentkező éjjeli felijedést, pavor nocturnust is láttunk már sok esetben chinin adagolásra gyógyulni, miért is a pavor nocturnus esetekben is gondolnunk kell febris intermittens larvatára. Kérdéses, vajjon a febris intermittens larvata eseteiben is megtalálhatók-e a plasmodiumok a vérben? Tudtunkkal ez ideig erre még nem történtek vizsgálatok.

A febris intermittenst nem fogjuk összetéveszteni febris recurrens-el, ha arra ügyelünk, hogy utóbbinál a hirtelen keletkezett magas láz 5—10 napig is tart, míg febris intermittensnél csak órákig. Továbbá, hogy febris recurrensnél a láz napokon át szünetel, a mely után az említett roham ismét jelentkezik. De a legfőbb különbség, hogy a febris recurrensben szenvedő beteg vérében, a folyamatot előidéző Obermeier-féle Spirillumot is megtalálhatjuk.

A gyermekkori hasihagymáz, typhus abdominalis leggyakrabban 4—12 éves korú gyermekeknél fordul elő. A prognosis általában jobb, mint a felnőttek typhusánál. A fertőző anyag ugyancsak rendszerint vízzel jut a szervezetbe. Az incubatió nehány naptól 4 hétig tarthat, ezen időszakot az általános gyengeség, étvágytalanság, játékkedv elveszése, nyugtalan alvás jellegzik. Majd fellépnek a lázak, a midőn a gyengeség még fokozódik, mérsékelt meteorismus fejlődik, valamint szédülés, rossz szájíz, bevont nyelv, enyhe köhögés jelentkeznek constipatióval (gyermekkori typhusnál gyakori tünet; ilyen esetekben csak a 2-ik héten kezdődnek a typhus abdominalisra jellegzetes »borsólészerű« székelések); ugyan-

ekkor már az esetek többségében a lépet is duzzadtnak találjuk. A folyamat előhaladtával a tünetek még inkább sulyosbodnak: éjjelenkint a beteg esetleg delirál, a gyengeség még fokozódik, az ajkak pörkösek, a nyelv száraz, a lépduzzanat méginkább kifejezett (a borda-ívet 2—3 ujjnyival meghaladja). Ezen időben — körülbelül a 2-ik hét közepén — már találhatunk a hason, a mellkas alsó részén, esetleg a háton is gombostűfőnyi, világos-veres, a bőr színtje fölé kiemelkedő, nyomásra eltűnő foltocskákat, az ugynevezett roseola-typhosákat. Az ileo-coecalis tájnak



19. ábra. Középsúlyos typhus abdominalis lázgörbéje.

a kisfokú érzékenységét majdnem minden esetben tapasztaljuk (az ileo-coecalis korgás ellenben gyakran hiányzik a gyermekkori typhus abdominalisnál). A lázmenet a gyermekkori typhus abd.-nál épen olyan jellegzetes görbét mutat, mint a felnőttek typhusánál. (19. ábra.) A kezdeti mérsékeltebb hőemelkedés fokozatosan felemelkedik 39·5°—40·5°-ra és ezen magasságban meg is marad nehány napon át, a mikor reggeli remissiókkal sülyedni kezd. A lázas állapot végén néha jelentkező, 2—5 napig tartó, intermittáló jellegű lázmenet, már valószínűséggel jelzi a láznak csakhamar várható teljes megszűntét. Ugy,

hogy azt mondhatjuk, hogy középsúlyos typhus abdominalis mellett a láz átlag 3—4 hétig tart.

Ha a vázolt lefolyástól valami eltérést találunk a lázmenetben, pl. a stad. decrementiben a láz hirtelen felszökik, akkor valamely szövődmény után kell kutatnunk. Még leginkább az időközben súlyosbodott bronchitis, esetleg pneumonia hypostatica fejlődése mellett látjuk a lázaknak az újra felemelkedését, illetve protrahálódását. Ritkán találkozunk a gyermekkori typhusnál bélvérzésekkel és bélátfuródással; előbbit a magasra felszökött lázakból és a véres székürülésekről könnyű felismernünk, utóbbira pedig a hirtelen beállott collapsus, hányás, a nagyfokú meteorismus és hasfájdalmak hívják fel figyelmünket.

A hasi hagymáznak a könnyű alakját elég gyakran látjuk a gyermekkorban. Bár a lázmenet körülbelül megfelel a typhusnál észlelni szokott lázgörbével, de a lázak nem oly magasak, mint középsúlyos typhusnál, azonkívül a láz tartama rövidebb. Fontos még azon körülmény, hogy könnyű typhus mellett a közérzet alig zavart, deliriumok nincsenek, gyengeségi érzet alig van stb., úgy, hogy a folyamat egy protrahálódó gastricismusnak imponál. Ha a lázak azonban még a második héten is tartanak, mindig tanácsos a Vidal-féle kémlést végezni (erről l. bővebben az »Idegrendszer betegségei« czímű fejezetünkben), a mely ha positiv typhus mellett szól.

Ezzel szemben a súlyos typhusnál már a betegség kezdetén igen nagyfokú gyengeséget, magas lázakat, eszméletlenséget észlelünk (az eszméletlenség és deliriumok napközben is tarthatnak). Az érverés rendesen kis hullámú, arythmikus. A körmök, orrcsúcs, gyakran a száj is cyanotikusak. Az arcz feltünően halvány. Önkény-

telen vizelés és székelés. Ilyen esetek is gyógyulhatnak ugyan, de a fentebb említett szövődmények ezen esetekben inkább várhatók.

A typhus exanthematicus nálunk alig fordul elő. Bár itt is megtaláljuk a megnagyobbodott lépet, a levertséget, az erősen bevont nyelvet stb. épen úgy, mint a hasi hagymáznál, különbözik azonban hasi hagymáztól, hogy 5—9 napi incubatió után hirtelen lépnek fel a magas lázak (40·0—41·0°) nagyfokú elesettséggel, esetleg deliriumokkal. Majd a betegségnek 3—4-ik napján megjelennek a betegségre jellegzetes exanthemák, a melyek körülbelül úgy néznek ki, mint a hasi hagymáznál, csakhogy nemcsak a hason, mellen, hanem a háton, végtagokon és arczon is tömegesen jelentkeznek. Körülbelül 10—14 napi tartam után a láz hirtelen critice leesik és a folyamat bevégződött.

Idült lépduzzanatot találunk régi malaria cachexia, rachitis és lues mellett. Ezenkívül nagyobbfokú vérszegénységnél, pseudoleucaemia és leucaemiánál, néha a köldökön jóval alul érő lépet találunk. Utóbbira a fehér vérsejteknek a nagyfokú megszaporodása és az eosinophil sejteknek korai fellépése jellegzetes. Végre nagyfokban duzzadt a lép amyloid elfajulásnál, a melyet mindig régi genyedések, gyógyíthatlan constitutionális betegségek idéznek elő.

A köldök betegségei.

A köldökzsinór lekötése után a visszamaradt csonk csakhamar mumificalódni kezd és a 4—6 ik napon leesik. A még függő csonk mint idegen test lobot, úgynevezett reactiv lobot támaszt a köldök közvetlen környezetében, mely, a csonk leesése után csakhamar visszafejlődik.

A leesett köldökzsinór-csonk helyén néhány geny-ponttal fedett, olykor minimalis vérzést mutató, sarjadzó felület marad. Normalis körülmények között ezen köldökseb a 12—14-ik napon teljesen begyógyul. Ha a köldök-seb a jelzett idő alatt nem gyógyult be, protrahált gyógyulásról beszélünk.

Protrahált gyógyulást okoznak a köldöknek a következő lobos megbetegedései: 1. *ulcus umbilici*, ha a köldök-seb megnagyobbodott és fehéres-sárgás, olykor genyes váladékkal fedett, de a köldöknek a környezete bántalmazva nincs, míg 2. *omphalitis*, a midőn a köldöknek a lobja mellett még a köldököt körülvevő hasfalnak az infiltratióját, phlegmonéját is találjuk. Az infiltratio néha csak a köldöknek a legközvetlenebb környezetére terjed ki, de néha szélesebb körben veszi a köldököt körül. E mellett maga a köldök kúpszerűleg előreboltosult, a kúpnak a tetejét a genynyel fedett köldök-seb képezi. Omphalitis mellett a gyermek nyugtalan, lázas, de alkalmas kezelés mellett úgy ez, mint az ulcus umbilici már néhány nap alatt gyógyulhat. Kiterjedt omphalitis mellett, a hol különösen a lob a mélybe is terjed, a betegség igen veszélyes jelleget is ölthet. Olykor az omphalitisból 3. a *gangraena umbilici* fejlődik, melynél a köldök-seb szennyes-zöldes-sárga lepedékkel fedett, bűzös szagot terjeszt, a köldök-szélnek egyes részei elhalnak, gyógyulás esetén ellökődnek s kisebb-nagyobb állomány veszteséggel végződik a folyamat. Gyengébb gyermekeknél a hirtelen beálló collapsus fenyegeti az életet, vagy a csatlakozó peritonitis miatt válik igen veszélyessé a folyamat. A gangraena umbilici olykor sepsisnek képezi a résztünetét. Igen elhú-

zódó köldök-gyógyulást okozhat 4. a *fungus umbilici, sarcomphalus*, kis lencsényi-babnyi, de több centiméter hosszuságra is megnövekedhető gömbölyded, a köldök-seb fenekéről, vagy a köldök oldalfaláról kiinduló, rózsaszínű, könnyen vérző képlet, mely huzamosabb köldök-genyedés után szokott keletkezni. Fungus umbilici mellett a közérzet teljesen zavartalan, ha le nem kötjük, hetekig esetleg hónapokig megmarad változatlanul, míg végre rendkívül lassan behámosodik. Szöveti szerkezetét bő véredény-hálózat s kevés sejtközötti állománynyal bíró, igen sűrűn egymás mellé helyezkedett kerek sejtek tömege képezi. Nem szabad összetévesztenünk a fungus umbilicit 5. az *enteroteratoma*-val, melyhez pedig látszólag hasonlít. Különbözik azonban tőle már klinice is, de inkább szöveti szerkezetét illetőleg. Az enteroteratoma rendesen 3—4 cm. hosszú, csonkakúpalakú vérvörös, bársony tapintatú képződmény, mely lecsonkított kúp-alak tetején kis bemélyedést mutat, mely kutaszolható. Szövettanilag pedig különbözik a fungustól az által, hogy síma izomrostokból és hengeralakú sejtekkel kibélelt csöves mirigyekből áll. Még kérdés, hogy ezen enteroteratomák, mint adenomák, vagy pedig mint bél-ectopiák fogandók-e fel? 6. A *köldökedénylobok. Arteriitis és phlebitis umbilicalis.*

Kórtanilag a folyamat nem egyéb, mint a köldöksebnek a fertőzése valamely septikus anyaggal, mely localisalva is maradhat a köldöksebben s azt helyileg fertőzi, de legtöbbször a fertőző anyag elvitetik a szervezetbe s általános sepsist okoz. Külön is, de olykor együttesen betegszenek meg a köldök-üterek és visszerek, a tüneteik is hasonlók s miután nagyon sokszor nem lehet

in vivo őket egymástól differencirozni, azért együtt tárgyaljuk.

Megbetegedhetnek a köldökedények a születés utáni negyedik, nyolczadik, de még a későbbi napokban is. Megbetegedhetnek a köldökedények akkor, a midőn a köldökzsinor-csonk még nem esett le, vagy már leesett, de akkor is felléphet az edénylob, a mikor a köldök-seb már teljesen elhegesedett. Ez okból, de más részről, miután a tünetek is olykor egyáltalában nem kifejezettek, nagyon nehéz a köldökedények lobjának a diagnostizálása. Ha a köldök-seb még nem gyógyult be, hanem a szélek kissé infiltráltak, maga a seb piszkos genyes váladékkal fedett, e mellett a gyermeknek magas láza van, mely continuus, vagy intermittens jelleget mutat, nyugtalan, nem táplálkozik, gyakran collabál, súlyából rapide veszít stb., akkor gondolhatunk köldökedény megbetegedésre, ha egyéb okot ki tudunk zárni. De ha a köldökseb már elhegesedett, ha tehát az imént említett köldök elváltozások sem hívják fel figyelmünket a veszélyes jellegű köldökedény megbetegedésekre, akkor a diagnosis még jobban meg van nehezítve.

Megerősíti még felvételünket azon, W i d e r h o f e r által említett jel, ha a symphysis felől a köldök felé gyakorolt enyhe nyomással a nyitott köldökedényből genyet vagy evet tudunk kipréselni. Ez azonban ritkán sikerül. Hasonló értéket kell tulajdonítanunk azon, H e n n i g által említett tünetnek, mely szerint köldökedény megbetegedés alkalmával azon háromszögű tér, melyet a hólyag fenék és a köldökedények képeznek, enyhe pírt, esetleg infiltratiót mutat. Talán még több értéke van, a még el nem hegesedett köldöknél, a köldökedények kutaszolásának.

Ha ugyanis a köldökedények betegek, lobosak, sokszor tátonganak annyira, hogy a geny letisztítása után néha ezt látni is sikerül. Ha az ilyen tátongó köldökedénybe sondát tudunk bevezetni, ez nagy valószínűséggel a mellett szól, hogy az edények falai infiltráltak, nem záródhatnak s így elég joggal gyanakodhatunk a köldökedények megbetegedésére különösen, ha a fentebb említett tünetek is megvannak.

A helybeli tünetek mellett figyelemmel kell lennünk az általános tünetekre is, miután általános septikus jellegű megbetegedéssel van dolgunk, általános tüneteket is találunk. Ilyen tünetek a már fentebb említetteken kívül az icterus, a melynek színe sokszor az icterus neonatorumtól nem tér el, máskor azonban az icterus melasnak a színét utánozza. A leggyakoribb complicatió azonban a pneumonia, mely lobaris vagy lobularis lehet. Egyéb szervek megbetegedései, köldöklob tüneteivel, mint erysipelas, phlegmone, peritonitis, genyes izületi lobok stb. rendkívül gyanusak köldökedény megbetegedésekre. Állitólag phlebitis mellett gyakrabban lehet súlyos icterust észlelni, mint arteriitisnél, ez azonban teljesen bebizonyítva még nincsen.

Ha azonban a köldökseb már teljesen elhegedt, akkor a helyi tünetek elesnek s így csak a hirtelen beálló magas lázból, nagy nyugtalanságból, collapsusból s egyéb szerveknek megbetegedéseiből gyanakodhatunk köldökedény megbetegedésre; hogy ezen esetben azonban mily könnyen tévedhetünk, alig kell külön hangsúlyoznunk. Különösen, ha tekintetbe veszszük, hogy vannak olyan rapide lefolyó esetek, a midőn teljesen normalisan gyógyult köldök és jó közérzet közepette a gyermek hirtelen magas lázat

kap, collabál s csakhamar ezután beáll a mors. Ilyen esetekben egyedül a sectio derítheti ki a köldökedény-lobot.

A köldökedény-lobot ulcus vagy omphalitis umbilicitől megkülönböztetni csak részint a helyi tünetek (tátongó és sondázható köldökedények, kiszorítható geny) részint pedig az általános tünetek (jó közérzet, láz hiányzik stb.) szemmel tartása mellett lehet, kevéssé kifejezett tünetek mellett azonban könnyen tévedhetünk.

7. Köldökvérzés. Omphalorrhagia. Igen veszélyes jellegű megbetegedés. A vérzés parenchymatosus. Olykor a köldökzsinór leesése előtt, máskor az után, vérzés lép fel a köldökből, mely eleinte rövidebb-hosszabb tartam után megszűnik, majd ismét előáll, sőt még intensivebben. A vérzés-csilapító szerek csak nagyon rövid ideig képesek csilapítani, újból serked a vér. A napokig tartó vérszivárgás miatt az újszülött vérszegény, cyanotikus, majd somnolens lesz, rosszul táplálkozik, majd a bőrön ecchymosisok, gyomor- és bélvérzések is lépnek fel, a melyek együttesen siettetik a beálló exitust. A vérzés ideje alatt jól kifejezett icterus is észlelhető, mely a fellépett cyanosissal sajátságos bronzszínt kölcsönöz a gyermeknek. A betegség tartama néha 8—10 nap, de vannak esetek, a mikor olyan intensiv a vérzés, hogy néhány óra alatt beáll az exitus letalis.

A köldökvérzés aetiologiája még homályos, minden valószinűség szerint sepsis (köldök-infectio) képezi az alapokát, e mellett, hogy milyen szerepe van a haemophiliának és a lues hereditariának, a mint azt némelyek állítják, ma még nem dönthető el kellő biztossággal.

Rossz indulatú megbetegedés, az eseteknek csak kis része menthető meg.

Megemlítjük még a köldökedényekből származó vérzést, mely veszélyességét, valamint aetiologiáját illetőleg sem tévesztendő össze a most tárgyalt parenchymatosus vérzéssel, miután a köldökedényekből történik és a köldökzsinór gondatlan, laza vagy túlszoros alákötése által van feltételezve.

Még két, újszülötteknél előforduló betegségről emlékszünk itt meg, a melyeknek az alapokát minden valószinűség szerint sepsis képezi, bár a sectio alkalmával egyiknél sem lehet a köldökedényeknek valamely lobját kimutatni.

Az egyik az újszülötteknek heveny zsíros elfajulása, a Buhl-féle betegség, melyet könnyen lehet köldökvérzésnek tartani, miután sokszor a kórképet köldökvérzés dominálja. A kórkép még elég homályos. A szerzők szerint a 2—4-ik életnapokon hányás, hasmenés lép fel, mely véres is lehet s melyhez csakhamar elég intensiv köldökvérzés is csatlakozik, e mellett erős icterus és a látható nyákhártyákon sokszor a bőrön is vérömlenyek észlelhetők; láz nincs. A gyermek rendesen pár nap alatt mortuál. A szövettani vizsgálat a májnak, az izomzatnak, a szívnek, veséknek stb. heveny zsíros elfajulását mutatja.

A másik az úgynevezett Winckel-féle betegség, Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum haemoglobinuria, hasonlóképen igen rossz indulatú betegség, mely látszólag teljesen egészséges újszülötteknél, életüknek 4—5-ik napján lép fel s pár nap, néha pár óra alatt halálos. Láztalan állapot mellett, nyugtalanság kiséretében erős cyanosis jelentkezik az egész testen, melyhez utóbb még icterus is járul, e mellett haemoglobinuria jelentkezik. Majd csakhamar collapsus-szerű állapotba esik a gyermek s rángó-görcsök közepette beáll a mors.

Az elősoroltakon kívül bármely, a genitaliákból stb. a köldökre átterjedt, valamint a köldökből kiinduló erysipelatosus vagy phlegmonosus lob, súlyosságához mérten rövidebb vagy hosszabb ideig zavarhatja a köldöksebnek az elhegesedését.

Fejlődési rendellenességek a köldökön.

1. Veleszületett köldöksérv. Omphalocele cong. Keletkezik, ha a ductus omphalo-mesaraicus megmarad, a mely a bélre vongáló hatást gyakorolva, a bél vagy esetleg egyéb hasiszervek a köldökzsinórba kerülnek s így a hasfalaknak a teljes záródását akadályozzák. A köldöknek a helyén tehát kisebb-nagyobb tumort találunk a szerint, a mint csak egy bélkacs, vagy a beleknek nagyobb része, esetleg a májnak valamelyik lebenye stb. került a köldök-zsinórba. A rendszerint kerekded, vagy kissé hosszúkás, széles alapon ülő, élénk piros színű tumornak a külső burkát az amnion és peritonium képezik, mely, ha különösen máj is került a sérvtömlőbe, a légzési mozgásokat szemmel láthatólag követi.

Kis omphaloceleknél spontán gyógyulás nincs kizárva; az erősebb sarjadzás megindultával, majd a hámosodással a sebfelület megkisebbedik, a sérvnyílás fokozatosan teljesen elzáródik. Nagyobb sérvek mellett, ha gyorsan nem műtetnek, a gyermek csakhamar tönkre megy.

A veleszületett köldöksérvvel nem tévesztendő össze a szerzett köldöksérv, omphalocele acquisita s. hernia umbilicalis, a mely normalis köldökgyógyulás után hetekkel, hónapokkal vagy évekkel fejlődik. Ezáltal különbözik tehát első sorban a cong. herniától, továbbá, hogy a cseresznye egész kis alma nagyságú tumor kissé elvékonyodott, de rendes bőrrel fedett. Tartalma rendszerint vékonybél, mely könnyen — ujjnyomásra — reponálható.

2. Az úgynevezett Meckel-féle bél-diverticulum keletkezik, ha a ductus omphalo-mesaraic. megmaradása esetén a bél a köldökhöz függesztve marad és ezen járat

kitágul. Ha most a köldök-zsinórnak a leesése után maga a diverticulum is megnyílik, ekkor előáll egy természetellenes végbél, azaz a köldökön keresztül bélsár ürül. A nyitva levő Meckel-féle diverticulumnak a prognosisa elég kedvező, mert gyógyulás spontán is beállhat, sokkal kedvezőtlenebb a prognosis, ha a most leírt bél-diverticulum combinálódik,

3. Bél-előeséssel, prolapsus intestinorum-mal, vagyis, ha a nem záródott köldök-gyűrűbe a bél benyomul, rendszerint erősebb sírás után, invaginalódik s a köldökön keresztül előesik. Rendszerint a vékonybél esik elő és pedig annak kisebb vagy nagyobb szakasza. Az előesett bél a köldök előtt, mint élénk piros kanyargós alakú tumor látható, melyből, ha a köldök-gyűrű nem strangulálta, bélsár ürül. Ellenkező esetben bélsarat nem látunk, csak kevés nyálkát.

A prognosis még gyors beavatkozás esetén is kétes.

A legkevésbbé veszélyes, inkább kellemetlen az úgynevezett

4. Urachus-sípoly, mely onnan származik, hogy a foetalis életben a váladékok kivezetésére szolgáló urachus nem záródott s a születés után nem alakult át ligam. vesico-umbilicale med.-vá, hanem lumenét megtartotta: mint urachus-sípoly állandósult s úgynevezett nedvedző köldököt okoz. A köldökön igen kis nyílást vehetünk észre, a melyből már spontán is, de még inkább a hólyag felől a köldök felé gyakorolt nyomásra, zavaros folyadékcsepp szivárog ki, melynek vegyhatása savi.

Ha ezen kis nyílásba még igen vékony kutaszt is vezethetünk, illetve azzal a hólyagba juthatunk, akkor diagnosisunk még jobban biztosítva van.

A húgy-ivarszervek betegségei.

Az elváltozások illethetik a külső húgy illetve ivarszerveket, a midőn valamely ok folytán nehezítetté válik a vizelés, vagy pedig a vizelet kiválasztása van a vizeletkiválasztó szervek megbetegedése által akadályozva. E szerint szólhatunk: 1. bizonyos zavarokról, dysuriáról, (külső nemi szervek), a melyek a vizelést megnehezítik; 2. a vizeletkiválasztó szerveknek (vesék) a megbetegedéseiről.

A külső nemi szervek betegségei. Lehetnek: 1. veleszületettek; 2. lobos eredetűek; 3. beidegzési zavarok.

A főtünetet a nehezített és fájdalmas, olykor véres vizelés képezi.

A veleszületett rendellenességek közül említendők leány-gyermekeknél, a hüvely-bemenetnek a sejtes összetapadása, adhaesio cellularis introitus vaginae, a midőn a bemenet, a kis ajkak belfelületéről kiinduló, közepi raphet mutató, hártyával van elzárva. Vizelési nehézséget csak akkor okoz, ha a sejtes összenövés a húgycsőnyílást is részben, vagy egészen takarja.

A fiú-gyermekeknél előforduló sejtes összetapadása a fitymának a makkal, adhaesio cellularis praeputii ad glandem, rendszerint csak akkor fájdalmas s akkor okoz vizelési nehézséget, ha a fityma alatt smegma gyülemlett meg. Az összetapadás elég erős, úgy, hogy a fitymát a makkról visszahúzni nem lehet, mielőtt felszabadítottuk az összenövést. Ha a smegma kiválasztás bő, akkor többnyire fel kell szabadítanunk a fitymát az előbbi okból, ellenkező esetben ez felesleges, mert az adhaesio idővel magától is oldódik.

Akadályozott vizelést okozhat az epispadiasis, mely ritkán, s a hypospadiasis, mely gyakrabban észlelhető. Utóbbinál a húgycső-nyílás helyén rendesen egy vak bemélyedés van, míg a vizelet a sulcus retroglandularisnak megfelelő helyen egy vékony nyíláson át ürül. Nagyfokú hypospadiasisnál (hypospadiasis perinealis) egyszersmind ectopia testis is van jelen. A penis rendkívül gyengén fejlett, nagyobb clitorisnak nézhető, a scrotum a mély urethralis hasadék által kétrészre osztott s a vulvának az alakját utánozza.

Nagyfokban nehezített vizelést okozhat a fitymaszor, phimosis congenit., a melynél a fityma szintén nem húzható vissza a makkról, mint az adhaesio praep.-nál, különbözik azonban attól azáltal, hogy a makk és fityma közé sondát vezethetünk be s avval a makkot körüljárhatjuk, míg az adhaesiónál ez akadályba ütközik. Néha phimosis és adhaesio együttesen fordulnak elő.

A húgycsőnek veleszületett tágulata, diverticulum urethrae cong., annyiban okoz nehézséget a vizelésnél, hogy a vizelet a penisnek alsó felületén levő, tágult részbe folyik, ott megreked, ennek megfelelőleg a diverticulum kitágul s gömbölyded daganatnak az alakját utánozza. A diverticulumból azután cseppenkint ürül ki a felhalmozódott vizelet. A kitágult rész lehet mogyorónyi, egész tojásnyi nagyságú, mely nem fájdalmas és rendes bőrrel fedett daganatot képez. Valamely álképlettől épen azáltal lehet megkülönböztetni, hogy a vizeletnek a kisajtolása után a megnagyobbodott duzzanat eltűnik. Igen ritka bántalom. Kórházunkból két esetet közölt Bókay tanár.

A külső nemi szerveknek lobos megbetegedései a következők: 1. A húgycső- és hűvelyhurut, urethritis és vulvitis catarrhalis, valamely izgalom után állnak elő; a nyákhártyának a duzzanata, erősebb belöveltsége és csekély, zavaros, nyálkás váladéknak az elválasztódása által jellegeztetnek ezen bántalmak.

A hurutos folyamat néhány nap alatt javul s nem tévesztendő össze a komolyabb természetű és különösen leány-gyermekeknél előforduló vulvo-vaginitis gonorrhoica-val, mely erős kisugárzó fájdalmakkal, gyakori vizelési ingerrel, a lobos nyákhártyából olykor mérsékelt vérzésekkel járó, megbetegedés, melynél a váladék bő genyes. A váladékban a Neisser-féle gonococcust mindig meg lehet találni s kétes esetekben ez különbözteti meg a vulvitis catarrhalistól. A fertőzés csak közvetlen érintkezés folytán terjed. A betegség lefolyása 4—8 hét, de néha évekig is eltart.

A vulván előforduló fekélyes megbetegedések lehetnek enyhék, de lehetnek súlyos, a szöveteket mélyen roncsoló természetűek is.

A vulvitis aphthosa-ra jellegzetesek a nagy ajkak belfelületén, a clitorison stb. látható lencsényi-babnyi, piros udvartól körülvett, sárgásszínű felrakódásokkal fedett felületes fekélyződések, a melyeknek a száma lehet csak 1—2, de 10—20 is.

Edző folyadékok, különösen carbolos borogatások után olykor elég kiterjedt fekélyeket, vulvitis ulcerosa, észlelünk az erősen megduzzadt és vérzékeny nagy ajkak belfelületén, a melyek, ha valami úton megfertőztetnek, könnyen átmehetnek üszkös-gangraenás alakba,

melyre a czafatos szétesés, bűz és erős infiltratio jellegzetesek. Utóbbi esetek, esetleg összetéveszthetők a vulvitis diphtheriticával, mely folyamat a Löffler-féle diphtheria bacillus által idéztetik elő.

A vulvitis diphtheritica mellett néha a torokban is találunk diphtheriát, de sokszor önállóan fordul elő s épen olyan szürkés-fehéres színű felrakódásokat találunk a vulvának a felületén, mint ezt a torokban láttuk. Kivéve, ha vérzés kíséri, a mikor a felrakódások színe szennyes-barna.

E mellett a nagy ajkak erősen duzzadtak, infiltráltak, fájdalmasak, vérzékenyek, különösen a felrakódásoknak a leemelése alkalmával. A folyamat, — melyet mérsékelt láz is kísérhet — épen úgy, mint a vulvitis gangraenosa, a gyógyulás után kisebb-nagyobbfokú roncsolást, illetve zsugorodást okozhat a vagina, vagy a húgycsőnyíláson, a melyet esetleg csak plastikával lehet javítani.

Fiu-gyermekeknél nem ritkán észlelhetünk a húgycsőnyílás bemenetén apró félhold alakú felületes kifekélyződést, ulcus orificii urethrae ext., a melynek az oka még homályos. A fekély, csekély nyálkás váladékot termel, mely beszárad s a létrejött pörk részben, vagy teljesen elzárja a húgycső nyílását s igen fájdalmas vizelést okoz.

A makknak és a fityma belfelületének a lobos megbetegedései is dysuriával járnak, és pedig a makknak és a fityma belső lemezének a lobja, balanoposthitis, a melynek a keletkezésére meg van az alkalom adva egyrészt adhaesio cellularis praeputii ad glandem, másrészt phimosis mellett, mert mindkét esetben a fityma alatt a sulcus retroglandularisban felhalmozódott smegma

izgatólag hat. Úgy a makk, mint a fitymának a makkal érintkező felülete meglobosodik, eleinte nyálkás, majd később elég bő genyes váladék képződik.

A fitymának a feloldása pár nap alatt javulást idéz elő. A balano-posthitist esetleg össze lehetne téveszteni a blennorrhoea urethraevel. Tekintve, hogy utóbbi a fiúgyermekeknél igen ritkán fordul elő, továbbá, hogy a genyes váladék nem a húgycsőből, hanem a fityma és makk közötti részből ömlik, végre a Neisser-féle gonococcusok hiánya eldöntik a diagnosist.

A fityma belfelületén, illetve a makkon előfordulhatnak kisebb-nagyobb felületes horzsolások, a melyek mellett ugyancsak élénk nyugtalanság észlelhető kis gyermekeknél, nagyobb gyermekek pedig égető érzésről panaszkodnak. A felületes fekélyek származhatnak vagy a fityma alatt meggyűlt tisztátlanságból, vagy a praeputialis váladékból beszáradt concretiokból, a melyekhez a vizeletből mészsók keverődve képezik a praeputialis köveket; végre herpes praeputialis után is maradhatnak vissza. Adott esetekben egyiket a másiktól nem nehéz megkülönböztetni.

Erős lobos reactiot szűl a makk mögé *visszahúzott praeputium*, *paraphimosis*, a mely, ha huzamosabb ideig úgy marad az előtte levő makkban, de a praeputiumban is vérkeringési zavarok keletkeznek; először a makk, azután a praeputium duzzadt, oedematosus lesz, a melynek következtében a sulcus retroglandularisban fekvő praeputium csak annál jobban strangulálja a penist. Az oedematosus duzzanat olyan fokot érhet el, hogy operativ beavatkozás mellett is csak nehezen sikerül a praeputium felszabadítása, míg a paraphimosis

nem nagyon elhanyagolt eseteiben rendszerint könnyen sikerül a repositio.

Czélszerűségi szempontból itt említjük a hólyag-hurutot, cystitist, mely a gyermekkorban önállóan igen ritkán fordul elő, többnyire másodlagosan vulvo-vaginitis és különösen hólyag-kő, lithiasis következtében.

Tünetei: gyakori vizelési inger, fájdalmasság, olykor mérsékelt láz, zavaros ammoniakalis vizelet, melyben górcső alatt sok hólyag epithel és geny-sejt mutatható ki. Ha kő okozza a hólyag-húrutot, akkor ezen tünetekhez még egyéb tünetek is járulnak: a fityma erősen megnövekedett, lobos, olykor excoriált, a vizelési inger különösen járásnál, a fájdalmasság pedig vizelésnél, illetőleg annak a végén erősen fokozódik. A vizelés után a beteg nem nyugszik meg, hanem a fájdalom még azután sokáig maradandó. A vizelet, mely véres is lehet, teljes sugárban ürülhet, de néha hirtelen megakad (mintha elvágták volna). A positiv jelt a sonda vizsgálat adja, melynél a kőnek nagyságáról, minőségéről stb. elég megbízható fogalmat szerezhetünk.

Kis borsónyi kövek a vizelés alkalmával ki is ürülhetnek, de ha nem a legkisebb átmérőjükkel illeszkedtek be a húgycsőbe, ott megrekedhetnek s képezik a húgycső-kövecskéket, calculus urethralis. A kövecskék az urethra bármely részén fennakadhatnak, a tapintó ujj által jól érezhetők, sondával is kutaszolhatók, a mikor a sonda ütődéseinél koppanó hangot hallunk és nagy nyugtalanság által jelzett teljes húgy-retentiot idézhetnek elő.

Hasonló nyugtalanságot és colika-szerű fájdalmat észlelhetünk minden vizelés alkalmával olyan néhány hetes csecsemőknél, a kiknél az úgynevezett húgysavas

infarctusok nem mosódtak ki teljesen az első életnapok alatt, mint az rendesen szokott történni, hanem a tubulusokban esetleg a vesekelyhekben bentmaradtak. A vizelési inger itt is fokozott, a kiürített vizelet-mennyiség kevés, sokszor csak néhány csepp, miközben a gyermek erősen sír, nyugtalan. A nyugtalanság minden vizelés alkalmával ismétlődik, azontúl a közérzet egészen jó.

A pelenkákon pirosasba játszó kisebb foltokat, esetleg helyenkint homokszem-szerű sárgás-piros törmeléket találhatunk, a mely a diagnosist biztosítja. A folyamatnak a klinikai képe nagyon hasonlít a dyspepsia mellett fellépő enteralgiához s attól tényleg nehéz megkülönböztetni; a két folyamatot, egyrészt a homokszemcsék fellelése és a fájdalmaknak csupán a vizelés alkalmával történő fellépte, másrészt a dyspepsia egyéb tüneteinek a hiánya által különböztethetjük meg.

A helytelen beidegzésen alapuló dysuria-k már előfordulnak a csecsemőkorban is. Úgy látszik, hogy a sphincter vesicae-nek ismeretlen behatás által létrehozott görcse szerepel causalis momentum gyanánt s nagy nyugtalanság, valamint a vizelet visszatartás által jellegeztetik. Azon néhány esetben, melyet a kórházban észleltünk, a nemi szerveknek valamely bonczi elváltozását nem tudtuk kimutatni, azért fel kell vennünk, hogy a sphincternek görcsös állapota okozta a tüneteket. A hólyagnak az egyszeri kutaszolása rendszerint szüntette a bajt.

Az enuresis nocturna, illetőleg diurna, vagy beidegzési zavaron alapszik, így pl. a sphincter vesicae atoniája, illetőleg a detrusor urinae görcsén, vagy pedig valamely külső ok idézi elő, mint phimosis, oxyurusok, lithiasis, veleszületett szűk orificium extern. stb. Utóbbi

esetekben az oknak az eltávolításával megszűnik az enuresis is, míg ha beidegzési zavar képezi az alap okát, sokszor a 10—12-ik életév befejeztéig, olykor még tovább is tart. Igen ritka esetekben diabetes és idült-veselob is enuresis alakjában jelentkezik, azért enuresisnél mindig czélszerű vizeletet vizsgálni.

Az incontinentia urinae szorosan véve valamely következményes betegség; ideg-betegségek, mint gerinczvelő-gyuladás stb. kapcsán, illetve ectopia vesicae urinariae mellett, mely fejlődési rendellenességre jellegzetes, hogy a mellső hólyagfal, valamint a hólyagnak megfelelő hasfal hiányzik, a melyeknek a helyén egy gyermek-tenyér nagyságú, élénk piros, ránczos felszínű tumor látható, mely nem egyéb, mint a hátsó hólyagfal. Ezen tumornak alsó részén a kissé kiemelkedő kúpocskát mutató ureter szájadékok foglalnak helyet, melyekből pontosabb megfigyelésnél vizeletszívárgást is láthatunk. Nagyfokú ectopianál az ivarszervek annyira durványosak lehetnek, hogy a gyermek nemét is csak nehezen lehet megállapítani.

Vizelet csepegést láthatunk végre lithiasis mellett is, a melynek tüneteiről fentebb már bővebben volt szó.

*

* *

Végre pár szóval megemlékezünk a here-zacskó és lágyék-csatorna bántalmairól is. A here-zacskó meg lehet nagyobbodva vagy 1. a here-zacskó falainak a lobja miatt, vagy 2. a heréknek a daganatai miatt, vagy végre 3. a miatt, mert a herezacskóban folyadék halmozódott fel.

Újszülötteknél a here-zacskó elég gyakran mutat orbánczos stb. elváltozást, a mikor is a bőr pirosan

elszínesedett, feszes, tapintásra igen érzékeny, forró; a bántalmat kisebb-nagyobbfokú láz kíséri.

Oedema scroti mellett a here-zacskó bőre fénylő, az ujjbenyomatokat megtartja, a ránczok elsímultak; újszülötteknél orbáncz után, illetve mint vérkeringési akadálynak a tünete nyilvánul (a hasnak erős pólyázása).

A heréknek a daganatai közül a heveny here-lobok ritkán fordulnak elő gyermekkorban, valamint álképletek sem gyakoriak; ellenben elég gyakran észlelhetjük a herének a gümőkóros megbetegedését, orchitis tbc. s. caseosa, melyre jellegzetes, hogy a herében a duzzanat lassan keletkezik, fájdalom igen mérsékelt, maga a here tapintásra igen tömött s helyenkint dudorzatos képletet mutat, rendszerint eleinte a mellékherén kezdődik a folyamat, a honnan tova terjed a herére (luesnél többnyire megfordítva). Későbbi stadiumban a daganat a here-zacskó falát is rögzíti, esetleg azon át is törik.

A here-zacskóban felhalmozódott folyadék, vízsérv, hydrocele vaginalis elég gyakori, különösen a fiatal csecsemőkorban. A herezacskó eredeti térfogatának háromnégyszeresére megnagyobbodhat, tojásdad, hullámzó, nem fájdalmas képletet alkot, a melyet ha világosság felé fordítunk, élénken transpareál. Nagy víz-sérv esetén a here nem tapintható, kisebb víz-sérv mellett hátul, alól érezhető. Ha a víz-sérvre nyomást gyakorolunk, csak mérsékelt fájdalom lép fel, azonban a daganat nem kisebbedik. Ellentétben a hernia scrotalis-sal, a mely a nyomás folytán eltűnik. Utóbbi ezen tünet által továbbá az által, hogy nem transparens, hogy nem fluctuál, s hogy felette a kopogtatási hang nem tompa, mint hydrocelenél, hanem tompult dobos, s végre a mint fentebb

említettük, hogy élénk korgás kiséretében visszahelyezhető, különbözik a hydroceletől. A kettőnek főbb tüneteit látjuk a közlekedő ondózsinór víz-sérvnél, hydrocele funiculi spermatici communikans. Ez ugyanis, ha nagyfokú, a scrotumba mélyen leterjedő tojásdad, fluctuáló s transparens duzzanatot képez, a mely felett a kopogtatási hang tompa, de a mely duzzanat alsó részén közvetlenül a here jól tapintható. Ha azonban megnyomjuk a duzzanatot, akkor ez korgás nélkül eltűnik, mivel a folyadék a hasüregbe folyott át. Herniától az áttűnőség (transparentia) különbözteti meg. Gyakoribb azonban, hogy a hydrocele funiculi spermatici nem communikál a hasüreggel s hogy kisebb, diónyi mekkoraságú, hosszúkás, fluctuáló, ép bőrszínnel fedett, nyomásra csak kissé érzékeny daganatot képez a lágyék-hajlatban.

Ekkor könnyebben lehet összetéveszteni: 1. kis lágyéksérvvel, hernia inguinalissal; 2. adhaesio cell. praep. mellett olykor az inguinal hajlatban fejlődött mirigyekkel; 3. ha a here még a lágyékcsatorna külső szélén van az úgynevezett kryptorchismussal. Tekintve azonban, hogy utóbbi rendesen sokkal kisebb daganatot képez, mint a hydroc. fun. sperm., továbbá, hogy nem fluctuál s a here-zacskóból a here hiányzik: ezen tünetek által mégis jól megkülönböztethetjük hydroceletől. A lágyéksérvtől pedig különbözik a hydroc. fun. sperm. az által, hogy a sérv korgás kiséretében reponálható, mely után a tágultabb lágyékgyürűt ki is tapinthatjuk; ha a gyermek sírni kezd, a sérv újra előáll. Végre az inguinal hajlatban levő mirigyektől való elkülönítés sem nehéz, ha tekintetbe veszszük, hogy a mirigyek consistentiája tömött, fluctuátio nincs s hogy az adhaesio feloldása után a mirigyek nemsokára eltűnnek.

A vesék betegségei.

A vizelet napi mennyisége ugyan még egészséges vesék mellett is bizonyos ingadozást mutat, mégis azt mondhatjuk, hogy normalis állapotban az egy év alatti csecsemő vizeletének napi mennyisége 150—400 gramm között ingadozik. 1—3 éves gyermeknél a napi mennyiség 500—600 gramm; 4—7 évesnél 600—700 gramm; 7—12 évesnél 800—900 gr. és a 13—14-ik években 1000—1400 gramm között van. A fajsúly átlag 1010—1020. A vizelet az első életnapokban zavaros, sötétesen színeződött, később azonban szalmasárga színű, savi vegyhatású, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

A vesék megbetegedéseire első sorban is a vizelet mennyiségének, illetve színének a megváltozása hívja fel figyelmünket, ugyanekkor az esetek többségében idegen alkatrészeket is találunk a vizeletben.

Lehet a vizelet kevesebb, oliguria, de lehet több is, mint a normalis, polyuria, esetleg teljes vizeletvisszatartás van jelen, anuria, végre lehet a vizelet véres.

Megkevesbedett a vizelet 1. rosszúl táplált csecsemők-nél (jól táplált csecsemő naponta 10—12 pelenkát nedvesít be, gyenge táplálás mellett csak 2—3-at); 2. súlyos gyomor-bélhurut-nál; 3. incompensált szívbaj-nál; 4. magasabb láz-nál és 5. heveny, olykor idült nephritis parenchymatosá-nál.

Ezek között leggyakoribb s a legnagyobb mértékben megcsökkent a vizelet mennyisége heveny terimberes veselob-nál, nephritis parenchymatosa acuta. Elsődlegesen is, de az esetek többségében

másodlagosan szokott fejlődni, leggyakrabban scarlatina, ritkábban diphtheria, kanyaró, variola stb. fertőző betegségek után. Scarlatina mellett fejlődhet a kiütés megjelenése után azonnal is, rendszerint azonban a betegségnek csak 2—3-ik, ritkábban a 4-ik hetében lép fel. Akár elsődlegesen, akár valamely fertőző betegség után lép fel, a tünetek a következők: zacskós szemhéjak, duzzadt s krétafehér arcz, anasarca, esetleg ascites. Vizelet kevés, véres, bő fehérjetartalommal. Fajsúlya magas. A vizeletben azonkívül még hyalin és szemcsés hengereket, epithelt és vérsejteket is találunk.

Az idült terimbeles veselob, nephritis parenchymatosa chronica, vagy az acut veselobból fejlődik, vagy pedig idült betegségekhez, tuberculosis stb.-hez csatlakozik. Úgy ezen alak, mint a később említendő nephritis interstitialis chron. diffusa, a gyermekkorban csak ritkán fordúl elő. Tüneteik teljesen egyeznek a felnőtteknél észleltekkel, azért ezekkel bővebben nem foglalkozunk.

Kevesbedett a vizelet szívbajnál, az incompensatio stadiumában. Itt is nagyobbfokú ascitest, anasarcát stb. találhatunk, e mellett a vizeletben még hengereket és bőven fehérjét. A szívvizsgálat azonban csakhamar kellő felvilágosítást nyújt a betegség eredetét illetőleg.

Súlyos gyomorbélhurutnak a tüneteit bőven fejtegettük az emésztő-szervek bántalmainál. Végre a gyenge tápláltságból eredő, megkevesbedett vizelet mellett rendszerint atrophiát is (l. az általános részt) találunk, a mely körülmény, azon anamnesissel, hogy a gyermeket csak nagyon hiányosan táplálták, esetleges vizelet-vizsgálattal (vizelet tiszta) élénken bizonyítják a gyenge tápfelvételt és az abból eredő oliguriát.

Lehet a vizelet megszaporodott, a mint ezt látjuk: 1. diabetes mellitus és insipidus-nál; 2. nagyobb savós izzadmányok, valamint acut nephritis parenchymatosa felszívódási folyamata alkalmával; 3. nephritis interstitialis diffusa chron.-nál.

Utóbbi a gyermekkorban ritkán fordul elő, tünetei egyeznek a felnőtteknél észlelhető tünetekkel.

A czukros húgyár, diabetes mellitus már a fiatal gyermekkorban is előfordul, nagyobb gyermekeknél pedig nem ritkaság. Tüneteit, épen úgy mint felnőtteknél, fokozott szomj és evés, bő vizelés (naponta 5—10 liter) nagy czukortartalommal, száraz bőr, gyors lesoványodás jellegzik. A prognosis rosszabb, mint a felnőtteknél.

Az egyszerű húgyár, diabetes insipidus már ritkábban fordul elő a gyermekkorban. A nagy szomjúság és lesoványodás mellett, a rendkívül bő, alacsony fajsúlyú, világosszínű és czukrot nem tartalmazó vizelet hívják fel figyelmünket a betegségre.

Vizelet épen nem ürül, anuria: 1. cholera infantum-nál; 2. heveny vagy olykor idült nephritis parenchymatosa mellett bekövetkezett uraemia-nál; 3. ha valamely akadály (például daganat, kő) az uretereket elzárta; 4. hólyag-hűdés-nél (például kezdődő meningitis bas. tbc.) Mindezen eseteket már a megfelelő fejezetekben tárgyaltuk.

Lehet a vizelet véres, haematuria. A vért tartalmazó vizeletet a színéről ismerjük fel. Oxyhaemoglobin mellett a vizelet színe világos-vörös. Methaemoglobin sötét-vörös színezetet ád a vizeletnek. A vérnek a kimutatására részint a microskopot, részben pedig a Heller-

féle próbát kell alkalmaznunk. (A vizelethez 1/4 mennyiségű kálilúgot adva, főzzük; a phosphatok lecsapódnak s magukkal ragadják a vért. A fenékre ülepedett phosphatok tehát veresen színeződtek. Véres vizeletet látunk úgy általános megbetegedések mellett pl. morbus maculosus Werlhofii, mint a vizelet-szervek (vesék, hólyag, külső ivarszervek) bántalmainál. A Werlhof-féle kórról már volt szó.

A vizeleti szervek betegségeinél első sorban az után kell kutatnunk, honnan ered a vérzés. Megjegyezzük, hogy a vesékből vagy hólyagból származó vér a vizelettel bensőleg keveredett, míg pl. a húgycsőből vagy vaginából származó vérzés mellett vizelés nélkül is ürül gyakran pár csepp vér, ezenkívül a beteg fehérneműjén is találhatunk vérnyomokat. Utóbbi körülményt leggyakrabban látjuk leánygyermekeknél vulvovaginitis blenorrhoica mellett, továbbá a vulvának fekélyes bántalmainál stb. Ha a vér a vizelettel bensőleg keverődött, akkor a vérzés csak a hólyagból, a vesékből, illetve a vesemedenczéből eredhet (az ureterekből gyermekeknél alig fordul elő vérzés) és pedig a következő esetekben lehet a vizelet véres: 1. nephritis parenchymatosa acuta haemorrh.; 2. vese-kő, nephro-lithiasis; 3. vesedaganatok és 4. hólyag-kő, lithiasis vesicae urin. Adott esetekben jól el tudjuk egymástól különíteni ezen kóralakokat, ha a következőkre ügyelünk: nephritis haemorrh. rendesen előrement scarlatina után keletkezik; így tehát vagy az anamnesisben említik a szülők az előrement exanthemat, vagy ha az anamnesis nem megbízható, akkor a rendszerint még látható hámlás, otitisek, lymphadenitisek semmi kétséget sem hagynak

fenn a baj eredetét illetőleg. A vesekőre jellegzetesek az időszakonkint jelentkező nagyfokú vesetáji fájdalmak és véres vizelet. Olykor kisebb vesekövek nagy fájdalmak kíséretében ki is ürülhetnek, s azokat a bő üledéket tartalmazó vizeletben fel is lelhetjük.

A vesedaganatok közül a két leggyakoribbat említjük, a vese-sarcomát és carcinomát. Mindkét daganatra jellegző, hogy már olyan időben felléphetnek a véres vizelések, a mikor még a vesetájon a hasüregben semmit sem tapintunk. A daganat növekedésével már a hasüregben is tapinthatjuk a dudoros felületű, nem mozgatható, nem fájdalmas, olykor álhullámzást mutató tumort, mely néha gyermekfejnyi is lehet. A dudoros felület és a gyors növekedés sarcoma mellett bizonyít, míg a gyorsan kifejlődő cachexia és esetleges metastasisok, a sokkal ritkábban előforduló carcinoma mellett szólnak. (Vesekővel a kezdeti stadiumban is alig téveszthetjük össze az álképletet, miután utóbbiaknál a vesetáji fájdalmak hiányzanak). A hólyagkőnek a tüneteit a gyakori vizelési inger, a teljes sugárban meginduló, majd hirtelen megszakadt vizelés, esetleg vizelet csepegés és a vizelés végén jelentkező hólyagfájdalmak jellegzik. Mindenesetre czélszerű azonban ilyen tünetek daczára is a hólyagnak kutaszolása, melylyel egyszersmind a kőnek a nagyságáról, esetleg keménységéről is tájékozódhatunk.

A haematuriával nem szabad összetévesztenünk a haemoglobinuriát, melynél a vizelet színe sötét vörös, néha feketés, de vörös vérsejtek a vizeletben nincsenek. Voltak esetek, a midőn lues mellett észleltek haemoglobinuriát, máskor fertőző betegségek kíséretében is előfordulnak paroxysmusokban jelentkező haemoglobinuriák;

végre ide sorolhatjuk a gyógyszerek után (kal. chlor.) fellépő haemoglobinuriát; sok esetben azonban az elő-idéző okot nem tudjuk kimutatni.

*
* *

Fehérnye-vizelés. Meg kell különböztetnünk a valódi fehérnye-vizelést az ál-fehérnye-vizeléstől. — Valódi a fehérnye-vizelés, ha a fehérnye a vesékben választatik ki; az ál-fehérnye-vizelésnél pedig a fehérnye a vizeletben foglalt vér, s geny által van feltételezve.

A valódi fehérnye-vizelés is lehet állandó, mint a legtöbb vesebajnál, vagy csak időszakonkint jelentkező; súlyos testi munka után felléphet rövid ideig tartó albuminuria a nélkül, hogy ennek különös jelentősége volna. Ide sorolhatjuk az úgynevezett cyklikus albuminuriát is, a melyre jellegző, hogy a reggeli órákban a fehérnye teljesen eltünik a vizeletből, míg este felé ismét fokozódik.

A fehérnye kimutatását vagy a légenysav próbával, vagy főzési próbával, vagy pedig sulfosalicylsav kémléssel végezzük, s rendesen kisebb-nagyobb mennyiségű fehérnyét találunk állandóan a következő bántalmaknál: 1. nephritis parench. acut. és chron.-nál, továbbá nephritis interstitialisnál, ezenkívül vitium cordis mellett fellépett pangásos vesénél; huzamosabb betegségek (tuberculosis, régen fennálló empyemák stb.) mellett fejlődött amyloid vesénél. Adott esetekben a többi symptomák számbavételével, nem nehéz ezen kóralakokat egymástól elkülöníteni.

Még két, bár ritkábban előforduló kóralakról akarunk megemlékezni, a midőn a vizeletben szintén találunk fehérnyét. Ezek 1. a vesegümőkór, tuberculosis renum, 2. a vesemedencze-lob, pyelitis.

A tuberculosis renum elsődlegesen ritkán lép fel, többnyire a szomszéd szervekről, herék, hólyag, ureterekről terjed a folyamat a vesékre. Tüneteit képezik a dudorzatos felületű vese, a genyet, különösen fehérnyét s bő üledéket tartalmazó vizelet, az esti órákban jelentkező lázak, s a fokozatos soványodás. A diagnosist azonban egyedűl csak a vizeletből kimutatható gümő-bacillus jelenléte bizonyítja.

A pyelitis ugyancsak többnyire mint másodlagos bántalom lép fel, olykor fertőző betegségek után, leggyakrabban pedig a vizeleti szervek bántalmaihoz, vesekövek, veselobok, hólyaghuruthoz csatlakozik. A bántalom eredetét olykor rázó-hideg, hányás, erős főfájás jelzik, melyekhez csakhamar vesetáji fájdalmak is csatlakoznak. A vizeletben található geny és bő fehérnyén kívül még farkos sejteket, esetleg még cserépfedélszerű összeállást mutató hámsejteket is találhatunk.

A vizeletben található genyet a pyin próba által ismerhetjük fel (fele mennyiségű kálilug hozzáadása által a felrázott vizeletben egy takonyszerű tömeg képződik). Miután a fentebb tárgyalt betegségeknél kiemeltük azon betegségeket, a melyeknél geny a vizeletben előfordúl, azért külön ezen kóralakokkal nem akarunk foglalkozni.

Az idegrendszer betegségei.

A gyermeki idegrendszer vizsgálata alig különbözik a felnőtteknél szokásos eljárástól, azért a vizsgálati módokkal külön nem foglalkozunk.

A gyermekkori idegbetegségeket is két csoportba oszthatjuk, és pedig 1. az organikus megbetegedések, a melyeknek a legszembeötlőbb symptomáit a

hűdések vagy hűdéses állapotok képezik és 2. az általános idegmegbetegedések — boncztani elváltozások nélkül — valamely ok folytán beállott izgalmi állapota az idegrendszernek, vagy egyes idegcsoportoknak, a mely izgalomgörcsök, olykor hűdések alakjában jut tudomásunkra.

I. Organikus megbetegedések.

Hűdések.

A hűdéseknél első sorban is vizsgáljuk a hűdésnek a kiterjedtségét, vajjon csak egy végtagra, vagy izomcsoportra (monoplegia) vagy valamelyik testfélre (hemiplegia) vagy a két alsó, vagy a két felső végtagra (paraplegia) terjed.

A monoplegia oka lehet valamely peripherikus idegnek, — ritkábban az agynak a bántalmazottsága, esetleg functionalis természetű (hysteria).

A hemiplegiáknál igen nagy szerepet játszik az agynak a megbetegedése, jóval ritkábban fordul elő gerincz-agy megbetegedéseknél; olykor észlelhetők functionalis eredetű hemiplegiák is.

Paraplegiát okozhatnak első sorban a gerincz-agy megbetegedések, továbbá peripherikus eredetű (neuritis multiplex) és functionalis idegmegbetegedések (hysteria).

Vizsgáljuk továbbá, vajjon a hűdés laza, avagy görcsös-e?

Laza hűdésben szenvedő végtagra jellegzetes, hogy passive igen könnyen mozgatható, behajlítható, felemelhető, a leejtésnél semmi ellenállást nem fejt ki, maguk az izmok tapintásnál petyhüdtek, a reflex ingerlékenység

csökkent, vagy teljesen hiányzik, ellentétben a görcsös hűdéssel, a hol tehát a végtagnak passive mozgatása, az izmoknak a feszülése miatt nehezen vihető keresztül, az izmok túlkemények, feszülnek, a reflexek erősen fokozódtak vagy legalább is nem hiányzanak.

Vizsgáljuk továbbá nem sorvadtak-e az izmok? A hűdéssel majdnem egyidejű, vagy kevéssel utánna beálló sorvadást látunk különösen a gerincz-velő mellső szarvainak szürkeállományában fejlődött lobnál (poliomyelitis ant. ac.), továbbá környi ideg-megbetegedéseknél.

Vizsgáljuk még vajjon, vasomotorikus zavarok, esetleg az érzésnek valamelyes eltérései nincsenek-e jelen? előbbi különösen a gerincz-agy mellső szarvainak megbetegedésénél, utóbbi leginkább hysteriánál szokott előfordulni (anaesthesia). Végre vizsgálunk esetleges elfajulási reactióra.

Környi ideg-megbetegedések (Monoplegiák).

A karfonat hűdése. Paralysis plexus brachialis. A szülési actus alatt a csecsemő hónaljába akasztott ujj nyomása folytán keletkezik. Előjöhet úgy a jobb, mint a bal felső végtagon, ritka esetekben mindkét oldalon is. A hűdés laza, az izomzat petyhüdt s csakhamar sorvadás jelentkezik a hűdött kar izomzatában. Kifejezett esetekben úgy az idegek, mint az izmok villamos ingerlékenysége csökkent vagy teljesen hiányzik. A bőr tapintásra kissé hűvösebb, mint az ép oldali végtagon. Enyhébb esetek néhány hét vagy hónap alatt teljesen gyógyulhatnak, súlyosabb esetekben azonban a sorvadás állandósul.

A karfonat-hűdés esetleg összetéveszthető az ugyancsak a szülési actus alkalmával keletkezhető felkarcsont-

töréssel (a törés ilyenkor a collum chirurgicum táján szokott lenni), esetleg osteochondritis lueticából eredő pseudoparalysissel, a midőn valamelyik kar, esetleg mindkettő teljesen elpetyhüdt állapotban fekszik a törzs mellett, a csecsemő mozgatni egyáltalában nem képes, szóval a karfonat-hűdést teljesen utánozhatja, bár pseudoparalysis luetica rendszerint csak a 2—3-ik élethónapokban szokott jelentkezni. A töréstől a crepitatio és a fájdalmasság hiánya, valamint a villamos vizsgálattal, a pseudoparalysistől pedig a lues tünetek hiánya által és ugyancsak villamos vizsgálattal könnyen megkülönböztethetjük a karfonat-hűdést, miután a villamos ingerlékenység úgy törés, mint lues mellett normalis.

Poliomyelitis az első életnapokban, vagy hetekben alig fordul elő, úgy, hogy ez nem is képez akadályt a diagnosis megtételénél.

Az agynak valamely laesiojából eredő veleszületett hűdésekkel alig téveszthetjük össze a karfonat-hűdést, miután ezek többnyire hemiplegia vagy diplegia alakjában jelentkeznek. Ha azonban valamelyik karon jelentkezik az agyi eredetű hűdés, tehát mint monoplegia, különbözik a karfonat-hűdéstől, hogy a hűdés görcsös, az izmok rigidek, nem sorvadtak, a mély reflexek fokozódtak s hogy a villamos ingerlékenység nem csökkent, esetleg fokozódott.

Arczideg-hűdés. Paralysis nervi facialis. Elég gyakori a gyermekkorban, okát többnyire valamely fül-megbetegedés, mint otitis med. supp., sziklacsont-megbetegedés stb. képezi. A hűdött arczfélen a redők elsímultak, a homlokot nem tudja a beteg ránczolni, a szemrés tág (lagophthalmus), szájzug lejjebb áll. A villamos inger-

lékenység úgy az ideg, mint az izmokban hiányzik. Ezen most tárgyalt környi arcz-ideghűdést meg kell különböztetnünk a központi eredetű arcz-ideghűdéstől, a melyre jellegzetes, hogy a szemhéji és homlok-ágak nem vesznek részt a hűdésben, csakis az alsó ágak. Központi eredetű facialis hűdést gyakran látunk meningitis bas. tbc.-nál, tumoroknál stb. Bulbär-paralysisnél a facialis hűdés kétoldali.

Más környi jellegű hűdés is előjön a gyermekkorban, mint serratus ant. maj., n. ulnaris, n. radialis, n. phrenikus stb., minthogy azonban ezek nem különböznek a felnőtteknél tapasztalható hűdésektől, ezeket nem tárgyaljuk.

Elég gyakori *roncsoló toroklob után* fejlődő *hűdés, paralysis post diphtheriam*. Néha enyhe diphtheria után is észlelhető, gyakrabban súlyosabb fertőzésnél. Utóbbi esetben néha a kiterjedt torokbeli folyamat fennállásakor jelentkezik már, máskor a torok feltisztulása után 8 naptól egész 6 hétig felléphet.

Legmegszokottabb alakja a *lágy-szájpad hűdése, paralysis veli palati*, a melyre első sorban is azon tünet hívja fel figyelmünket, hogy míg a beteg ételt jól nyel, addig ivásnál gyakran köhög, a folyadékot csak lassan tudja lenyelni. Később ivás alkalmával a folyadék visszajön az orron át, ugyanekkor megváltozik a betegnek a hangja, mely kifejezetten dunnyogó jelleget ölt. Sajátságos ezen betegeknek a köhögése is, mely azáltal, hogy a lágy-szájpad nem zárván el az orr-üreget a torok-üregtől, a levegőnek egy része az orron át távozik: bizonyos tompa, orrhangú mellékzörejtől kísért a köhögés, mely annyira jellegző, hogy csupán ebből az egy tünetből diagnostizálhatjuk a lágy-szájpad hűdését.

A torok megtekintésénél az inyvitorlákat és az uvulát mozdulatlanul látjuk lelógni, a mely helyzetüket még phonatiónál is megtarják. Ha nem teljes a hűdés (paresis), akkor az inyvitorlák phonatiónál mérsékelt mozgást végezhetnek.

Ha a diphtheriás hűdés tovább terjed, akkor másodsorban a szem-izmokat támadja meg és beáll az alkalmazkodási hűdés, strabismussal, vagy a nélkül (olvasási képtelenség, kettős látás); néha az alkalmazkodási hűdés a velum hűdéssel egyszerre jelentkezik.

Még súlyosabb eseteknél a végtagok is paralytikusak. Még pedig először az alsó végtagok. A beteg járni alig képes, mely kifejezetten ataxiás, majd az alsó végtagjait általában nem tudja mozgatni, az izmok petyhüdtek, reflex hiányzik. Ezen állapothoz csatlakozhat a felső végtagok, törzs-izmok hűdése, valamint a rekesz és a légzési izmok bénulása is. A nehezített nyelés következtében fellépő pneumoniák nem tartoznak a ritkaságok közé, de ilyen körülmények között a szívnek a hűdése is elég megszokott jelenség. A szívhűdés különben mindezen hűdések nélkül önállólag is felléphet súlyosabb diphtheriák után, részint még a súlyos torokbeli folyamat fennállása alatt, esetleg az üdülés időszakában.

Monoplegiák jelentkezhetnek h y s t e r i a kíséretében is. A serdülő korban jönnek elő, különösen ezen gyorsan beálló, egyes végtagokra vagy izomcsoportokra szorítkozó, laza, ritkábban görcsös hűdések. Az anamnesisben gyakran halljuk említeni, hogy a hűdést erős kedélyhullámzás előzte meg. A hűdéses részen rendszerint anaesthesiát is találunk, olykor hyperaesthesiát és épen ezen tünet, kapcsolatban a normalis villamos ingerlékenységgel és egyéb hysteriás tünetekkel könnyűvé teszik a diagnosist.

A gerincz-agy betegségei. (Paraplegiák.)

Bár nem minden paraplegia gerincz-agyi eredetű, czélszerűnek tartottuk a diagnosis könnyítése czéljából ezen beosztást, miután a neuritis multiplex, hysteria stb. kivételével, mégis csak a legtöbb paraplegia, gerincz-agyi megbetegedésre utal. A környi és functionalis természetű paraplegiákat a különzeti kórisme tárgyalásánál kellő figyelemre fogjuk méltatni.

A gerincz-agyi hűdések lehetnek lazák és görcsösek.

Laza gerincz-agyi hűdések.

1. A gyermek-hűdés. Poliomyelitis ant. acuta. seu Paralysis spinalis infantilis. Előjöhet ugyan már a csecsemőkorban is, de a második és ötödik életévek között észleljük leggyakrabban. Jól fejlett és táplált gyermekeknél inkább, mint gyengén fejletteknél. A betegséget 39—40^{0}-os lázak vezetik be, melyek néha csak egy-két napig, de olykor napokon keresztül tartanak s a melyekhez némelykor hányás, sőt görcsök is csatlakoznak. A láznak a megszüntével visszamarad a hűdés. Máskor a szülők azzal a panaszszal állanak elő, hogy a gyermek este még teljesen egészségesen feküdt le s reggelre kelve vették észre, hogy a gyermek valamely végtagját, vagy végtagjait nem mozgatja. A hűdés elég gyakran a két alsó végtagot éri, tehát paraplegia, de előjöhet, mint monoplegia, vagy hemiplegia, esetleg hemiplegia cruciata (például a jobb alsó és bal felső végtag), végre hűdve lehetnek az összes végtagok is. A hűdés laza, az izomzat sorvadása csakhamar szembetűnő, villamos ingerlékenység vagy csökkent, vagy teljesen hiányzik,

úgyszintén a mechanikus reflex ingerlékenység is. A bőr érzékenysége ugyan nem változik, de tapintásra hűvösebb, mint a nem hűdött részeken, e mellett sajátságos kékes elszíneződés lép fel a hűdött végtagok bőrén.

A gyermek-hűdésre jellegzetes, hogy egyszerre éri el tetőpontját, a beállott hűdés után tehát már nem fokozódik tovább a hűdés, hanem visszafejlődik s tényleg tapasztaljuk enyhébb esetekben, hogy a gyermek már néhány nap mulva kezdi mozgatni hűdött végtagjainak distalis részeit, tehát a láb, illetve a kézujjakat. Legtovább marad meg a hűdés a peroneus vidékén az alsó, és a m. deltoideusban a felső végtagokon. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ha 6—8 hó mulva sem tér vissza az izmoknak a villamos ingerlékenysége, sőt ellenkezőleg mindinkább csökken, egész a teljes elf. reactióig, e mellett a végtagoknak a sorvadása folyton előrehalad, akkor már javulást alig várhatunk, a hűdött végtag bénult marad s rajta különböző difformitások fejlődnek ki (pes equinovarus, manus vara stb.). Könnyebb esetekben a javulás már pár hét alatt tetemes szokott lenni.

A poliomyelitis ant. ac. aetiologiája még homályos. Kórtanilag a folyamat nem egyéb, mint a gerincz-velő mellső szarvainak a szürke állományában lejátszódó lobos folyamat.

Bár környi idegmegbetegedés, de mivel könnyen összetéveszthető a gyermekhűdéssel, itt tárgyaljuk a neuritis multiplex-et. Az 5—10 év közötti korban leggyakoribb. Olykor alkohollal való visszaélés után, többször fertőző betegségek után lép fel. A folyamat lázzal kezdődik, mely napokon keresztűl tarthat és a mely után eleinte sajátságos gyengeségi érzet lép fel az alsó

végtagokban. Ezzel együtt az izmokban szúró-szaggató fájdalmak is jelentkeznek, a melyek még fokozódnak, ha az idegekre nyomást gyakorlunk. Ezután fokozatosan fejlődik ki a hűdés, a beteg még fel tudja húzni alsó végtagjait, de lábujjait már mozgatni nem képes. A neuritis multiplex-nek rendes képe: mindkét alsó végtagnak a teljes hűdése symmetrice. A hűdés laza, az inreflexek alig vagy egyáltalában nem válthatók ki, szintúgy csökken az izmok és idegek villamos ingerlékenysége úgy a megszakított, mint az állandó árammal szemben, esetleg teljes elf. reactio áll be. A bőr érzékenysége nem változott, olykor kisfokú oedemák, vagy a hűdött végtagok izületeinek a megduzzadása észlelhető. A hűdött végtagokon esetleg kismérvű sorvadás is jelentkezik.

A hűdés ritka esetekben kiterjedhet mind a négy végtagra, ezen esetekben is fokozatosan és mindig symmetrice terjed. A végbél s hólyag sem poliomyelitisnél, sem neuritis multiplexnél nincsenek bántalmazva, utóbbinál azonban elég nagyfokú s pár napig tartó vizelési inger ritkán előjöhet, mint azt a közel multban a »Stefánia« gyermek-kórházban egy betegünknél észleltük.

Kiterjedt neuritis multiplexnél a prognosis nem oly kedvező ugyan, mint ha csak a két alsó végtag hűdött, de még ezen esetekben is beállhat a teljes gyógyulás.

A poliomyelitis ant. ac. különbözik tehát a neuritis multiplextől az által, hogy annál a hűdés azonnal elérte a teljes fokát, vagyis a hűdés hirtelen lép fel, míg neuritisnél csak fokozatosan halad előre, továbbá míg a poliomyelitis hajlandó inkább kisebb gyermekeket megtámadni, addig neuritis idősebb, 5—10 éves gyermekeknél fordul elő leginkább. Az ideg-törzseknek a fájdalmassága nyo-

másra, oedemás jelenségek, ugyancsak neuritis mellett szólnak. Végre fontosnak tartjuk azt, hogy míg poliomyelitis kevésbbé súlyos eseteiben, a bénulás megtörténte után már néhány nappal kezdi a gyermek végtagjainak distalis részét, kéz-lábujjait mozgatni, addig neuritisnél épen ezen részek maradnak legtovább bénultak.

Még két kórfolyamat van, melyekkel a poliomyelitis esetleg összetéveszthető: 1. gerinczvelő-lob, myelitis és a másik a hysteria. Ha tekintetbe vesszük azonban, hogy a gerinczvelő-lob mellett, ha a bántalom a gerinczvelőt egész átmetszetében érte, az alsó végtagoknak a laza hűdése és a hiányzó reflexek mellett még a bénult végtagok érzéketlenek is, továbbá, hogy myelitis mellett a hólyag és végbélzavarok is uralják a kórképet (mely tünetek poliomyelitisnél sohasem fordulnak elő), akkor alig tévedhetünk.

2. A hysteriásoknál észlelhető úgynevezett Astasia és Abasia-t könnyen megkülönböztethetjük poliomyelitistől vagy neuritis multiplextől. Az Astasia és Abasia abban áll, hogy a beteg sem állni, sem járni nem képes, ellenben ha lefektetjük, akkor egész szabatosan mozgatja végtagjait. Ezen utóbb említett jelenség az egyéb hysteriás tünetekkel, a normalis villamos ingerlékenység és in-reflexek, a hajlam a gyors javulásra stb. csakhamar megadják a kellő útbaigazítást.

A haladó izomsorvadás. Dystrophia musculorum progressiva. A sok alak közül, a mely ismeretes, csak azon két alakját fogjuk tárgyalni, a melyek a gyermekkorban leginkább elő szoktak fordulni. 1. Dystroph. musc. prog. cum pseudo-hypertrophia. Aetiologiája homályos. Úgy látszik öröklékeny.

A betegség már előjöhet az első életévekben is. Az alsó végtagoknak bizonyos gyengeségi érzetével kezdődik a bántalom, a járás széles alapú, a kacsa-járásra emlékeztet. E mellett az ikra-izmok igen rigidek, térfogatukban növe-



20. ábra. Dystroph. musc. progr. c. pseudo-hypertrophia.

kedtek. (20. ábra.) A folyamat előhaladtával az izomsorvadás a czombokon, mellkas, váll és karok izmain mindinkább kifejeződik, ugyanekkor az ikra-izmok körfogata még-inkább megnövekedett. Ekkor a gyermek már járni alig tud.

A földről való felkelésnél először hasára fordul, kezeivel a földre, majd czombjaira támaszkodik s így mindig feljebb és feljebb támasztván meg karjait a czombokon, mintegy önmagán kúszik fel, míg végre sikerül a törzsnek a kiegyenesítése. Később a beteg járni sem képes. Jellegző a betegségre a váll stb. izomsorvadás mellett fejlődő hypertrophiája az ikra-izmoknak. Hasonló hypertrophia észlelhető olykor a deltoideus, pectoralis stb. izmokon is. A hypertrophia nem az izomrostokat illeti, hanem a kötőszövet szaporodik fel, az izomrostok pedig fokozatosan atrophizálnak. Ez az oka, hogy a sorvadt izmokban a villamos ingerlékenység mindinkább csökken, elf. reactiót azonban nem találunk.

Az izomsorvadás másik alakja: 2. az Erb-féle vagy juvenilis alak, mely 8—12 éves korban szokott kezdődni s az által jellegeztetik, hogy első sorban is a váll-öv izmait éri a sorvadás, a honnan azután az atrophia tovább terjed a felkar, mellkas, medencze és a czomb izomzatára is. Különösen jellegzetes ezen alakra, hogy míg a beteg ujjaival igen ügyesen tud működni, karjait emelni nem képes, miután a váll-öv és felkar izomrostjainak egy része már tönkrement.

A Friedreich-féle betegség. Ataxia hereditaria Friedreich. Familiaris jellegű. Combinált megbetegedése a gerincz-agy hátsó és oldalkötegeinek, és pedig degenerálódnak a Goll-féle kötegek egészben és a Burdach-félék részben, e mellett még a kis-agy oldalkötegeiben és a pyramis oldalkötegekben is találunk degeneratiot. A betegség sokszor már a kora gyermekkorban, a 4—5-ik életévekben kezdődik. Első tünetét a bizonytalan, széles alapon történő járás képezi, sőt ugyan-

ekkor már kisfokú ataxiát is észlelhetünk az alsó végtagokban, ehhez járul még elég nagyfokú izomgyengeség, mely miatt a végtagok hűdötteknek imponálnak. Az ataxia hátonfekvés alkalmával is jelen van, nemcsak járásnál (statikus ataxia). Már a betegségnek ilyen stadiumában lehet észlelni a fejnek egy sajátszerű ingását, mely különösen valamely mozgás megkezdésekor, vagy intendálásakor, vagy annak befejezte után észlelhető. A bőr érzékenysége nem változott meg, de az inreflexek már korán csökkennek, illetve teljesen hiányzanak. A folyamat előhaladtával az ataxia mindjobban kifejeződik úgy az alsó, mint a felső végtagokban, e mellett az intelligentiának határozott csökkenése is mindinkább előtérbe lép, mely idővel még fokozódik. Végre a jelzett symptomák mellé csatlakozó beszédzavar, mely szerint a beteg vontatottan, helytelenül articulálva ejti ki a szavakat, a kórképet teljessé teszi. A betegség chronikus lefolyású. Javulás nem várható.

Görcsös, spastikus hűdéssel járó gerincz-agy betegségek.

A gerincz-agy önszenvi hűdése. Paralysis spinalis spastica idiopatica. Koraszülés, asphyxia, máskor nehéz szülés után fejlődik. A nyomás vagy vérzés folytán nyomást szenvednek az oldalkötegek, pyramis pályák s a rostok részben elfajulnak vagy fejlődésükben gátoltatnak.

A tünetek már a csecsemőkorban mutatkoznak. A csecsemő kevesebbet mozgatja lábait, melyek kinyujtott helyzetben s egymással keresztezve feküsznek, a térdek szorosan egymáshoz vannak szorítva. Ha ezen helyzetből kimozdítjuk az alsó végtagokat s elbocsátjuk, azok csakhamar ismét a leirt állást foglalják el. Az izmok

feszülnek. Mély reflexek fokozódtak. Érzési eltérés nincs. A gyermek rendesen későbben kezd járni (sok szülő csak ekkor veszi észre a bajt). A járás a lábaknak ismertetett helyzeténél fogva nehézkes, némelyik gyermek nem is tud járni, csak ha támogatjuk, a lábak ugyan már nem kereszteződnek (bár előjönnek ilyen esetek is), de a térdek még szorosan érintkeznek egymással, az ikra-izmok erős feszülése következtében pedig pes equinus állás fejlődik ki. A járás spastikus paralytikus, a beteg csak az ujjain jár, a tova mozgásnál pedig láb-ujjaival hallhatólag súrolja a talajt. E mellett a felső végtagokban eltérés nincs. Beszéd normalis. Prognosis rossz.

A paralysis spin. spasticához hasonló lehet a kezdeti stadiumában az agy és gerincz-agy sokgóczú keményedése. Sclerosis cerebro-spinalis multiplex s. disseminata. Bár kezdete a kora gyermekkorba nyúlik vissza, a betegségnek a teljes kifejléséhez évek szükségesek. A szerzők szerint leggyakrabban heveny fertőző betegségek után fordul elő. A legelső tünetet a tremor képezi, mely úgy a felső, mint az alsó végtagokban észlelhető s mely különösen szándékolt mozgások kivitelénél fokozódik. A mozgások ügyetlenek. A járás már a betegség kezdetén spastikus paretikus, az izmok rigidek, a mély reflexek fokozódtak. Ugyancsak a korai symptomák közé tartozik a nystagmus is. A felsorolt tünetek idővel még fokozódnak, különösen kifejezett a tremor nemcsak a végtagokon, hanem a fejen is. Jellegzetes a beszédnek az elváltozása, mely fokozatosan mindig lassúbb, tagoltabb, scandáló jelleget ölt. A beteg minden egyes szó után gondolkodni látszik, a

mely állapotot még elősegíti az emlékező képesség, illetve az intelligentiának tetemes csökkenése is. A felsorolt cardinalis tünetekhez még a legkülönbözőbb symptomák járulhatnak, a szerint, hogy a gerincz-agy, illetve az agynak mely részein fejlődtek sclerotikus góczok. A betegség gyógyíthatlan.

A sclerosis multiplexnek különösen azon esetei téveszthetők össze paralysis spin. spast.-val, a midőn a betegség kezdetén előtérbe lép az alsó végtagoknak spasmusa, erősen fokozódott reflexekkel. Ilyen esetekben lehet, hogy nem is tudjuk a diagnosist pontosan megállapítani mindaddig, míg a tremor, a nystagmus, scandáló beszéd a betegség valódi természetét el nem árulják.



21. ábra.
Spondylitis dorsualis.
(Pott-féle betegség.)

Végre itt említjük a spondylitisek következtében fejlődő spastikus paraplegiákat. A tuberculotikus folyamat által szuvasodásba átment csigolya lassankint összeroppan s a gerincz-oszlopon erősebben vagy gyengébben kiemelkedő púpot okoz, a melyet Pott-féle betegségnek, Malum Pottii-nek is nevezünk. (21. ábra). A megtörött csigolya azonban a gerincz-agyra is nyomást gyakorol s ezen nyomás hozza létre az alsó végtagoknak hűdéses tüneteit.

A hűdés jellege attól függ, hogy a gerincz-oszlopnak melyik helyén van a spondylitis.

Ha spondylitis cervicalis vagy sp. dorsalis mellett fejlődnek a paralytikus tünetek, akkor a hűdés spastikus, a reflexek fokozódtak, hólyag és végbél-zavarok lehetnek jelen, ha pedig a gerincz-agy ágyéki részlete bántalmazott, akkor a hűdés rendszerint laza, reflexek hiányzanak s csakhamar beáll a hűdött izmokban az atrophia, e mellett hólyag és végbél-zavarok a rendes tünetek közé tartoznak.

Az agy betegségei. (Hemiplegiák.)

A hűdések jellege görcsös. A hűdések az esetek többségében mint hemiplegiák, vagy mint diplegiák, ritka esetekben mint paraplegiák jelentkeznek. Az agyi eredetű görcsös hűdésnél is rigidek az izmok, contracturák jelentkeznek, a mély reflexek fokozódtak, mint a gerincz-agyi görcsös hűdéseknél; különbözik azonban a gerincz-agyitól abban, hogy az intelligentiának a lecsökkenése sokkal gyakoribb, e mellett még egyes góczi tünetek is találhatók. Ezenkívül figyelnünk kell a test egyik felén jelentkező athetosis vagy chorea-szerű mozgásokra. Ha ezek jelen vannak, ugyanazon oldali fokozott reflexekkel, akkor valószínűnek kell tartanunk, hogy agyi eredetű hűdés ment előre.

Féloldali agyi-eredetű görcsös hűdés. Hemiplegia cerebralis infantilis. Lehet veleszületett, vagy szerzett. A congenitalisnál a kór-ok a nehéz szülés, asphyxia stb. következtében előállott vérzés az agyban. A szerzettnél az aetiologiában a fertőző betegségek, endocardit. ulcerosa stb. szerepelnek.

A hemiplegia spast. inf.-nek a legtypikusabb alakját mutatja a poliencephalitis acuta Strümpell, ha az agyban keletkezett gyuladás a mozgató-pályában

fekszik. Az 1—3 életévekben szokott leggyakrabban előfordulni; a látszólag teljesen egészséges gyermeknél hirtelen magas láz, hányás, eszméletlenség, esetleg convulsiók lépnek fel, a mely tünetek után visszamarad a hemiplegia.

A felső végtagokon a hűdés rendszerint kifejezettebb mint az alsón, e mellett a n. facialis, sokszor a hypoglossus is hűdöttek.

Néhány hét vagy hónap elteltével mutatkoznak a javulás tünetei: csekély mozgékonyság észlelhető a hűdött részeken, de ekkor már észlelhetünk egy másik tünetet, a mely ki szokott fejlődni: a contrakturákat. Ha ezen stadium elérkezett, akkor a hűdött végtagok a következő helyzetet foglalják el: a felkar szorosan a törzshöz rögzítve, az alkar behajlított, még erősebben behajlított azonban a kéz, míg az ujjak erősen kinyújtott helyzetben vannak. Az alsó végtag térdben kissé behajlítva, a láb pes-equinus állásban. Ugyanezen stadiumban gyakran észlelhetünk a hűdött végtagokon athetosis, vagy chorea-szerű mozgásokat. Sensibilitas normalis. Vannak esetek, a midőn a hűdés teljesen visszafejlődik, rendszerint azonban a hűdött végtagok a növésben visszamaradnak, e mellett az esetek nagy részénél kisebb-nagyobbfokú szellemi gyengeség — mely epilepsiával is társulhat, — állandósul.

Az agyban létrejött vérzések helyétől függőleg imént leirt tünet-csoportok változhatnak is; így vannak leírva esetek, a midőn az izmoknak a spasmusa, vagy choreiform mozgása az ép alsó végtagon is észlelhető; ezen alakok átmenetet képeznek már ama másik kórformához, a melyet kétoldali görcsös hűdésnek, diplegia spastica infantilisnek, seu morbus Little-nak is nevezünk,

a midőn tehát a spasmus úgy a felső, mint az alsó végtagokon észlelhető, mindkét oldalon. Az anamnesisben rendszerint asphyxiáról vagy protrahált szülésről stb. tesznek a szülők említést. A trauma folytán az agyban létrejött vérzés mindkét hemisphaerát illeti s így az elváltozások is kétoldaliak. A spasmus az alsó végtagokban rendszerint kifejezettebb, mint a felsőkben, míg az utóbbiakban inkább a choreaszerű mozgások lépnek előtérbe.

A tünetek már az első élethetekben vagy hónapokban kifejlődnek, de a szülők sokszor csak akkor veszik észre, a mikor a gyermeknek már járni kellene s még nem jár. A diplegia spast. inf. mellett a szellemi életben maradó defectus még nagyobb, mint a hemiplegia spast.-nál, de epilepsiasokkal ritkábban csatlakozik hozzá.



22. ábra.
Hydrocephalus chron. cong.

A diplegia spast. inf.-al esetleg két kórfolyamat téveszthető össze: 1. az idült fejvízkór, a hydrocephalus chron. cong. és 2. a kisfejűség microcephalia, utóbbival annyival inkább, mert diplegia spast. inf. olykor microcephaliás fejalkattal társul. Úgy a hydroceph. cong.-nál, mint különösen a microcephaliánál, spastikus tüneteket mutathatnak a végtagok, továbbá mindkettőnél szellemi gyengeség mutatkozhat, egészen a teljes idiotismusig. (22. ábra). Míg azonban

hydrocephalus cong. mellett a koponya teriméjében jelentékenyen megnagyobbodott s hydrocephalikus fejalkatot mutat (minden átmérőjében nagyobb, az arcz aránytalanul kicsiny a koponyához, lefelé fordúlt szemtengelyek), a microcephaliától pedig az ugyancsak jellegzetes fejalkat (minden átmérőjében kisebbedett koponya, erősen lelapított és keskeny homlok, csúcsos fejtető, besüppedt orrgyök, idiotaszerű arczkifejezés) által különböztetjük meg. — (23. ábra). Bár a mint fentebb említettük, ha a dipleg. spast. inf. microcephaliás fejalkattal társul, akkor alig lehet a két kórforma között különbséget tenni.



23. ábra. Microcephalia.

Végre hemiplegiát találhatunk agydaganatok, tumor cerebri mellett. A gyermekkorban a daganatok közül a leggyakoribb a tuberculum és glyoma, ritkábban sarcoma. Agy-tumoroknál megkülönböztetünk általános symptomákat és góczi tüneteket. Előbbiekből sejthetjük agy-tumor jelenlétét, utóbbiakból pedig gyakran localizálni tudjuk a tumor helyét. Az általános tünetek között legtöbbször azt halljuk az anamnesisben, hogy a gyermek magaviselete már hetek, esetleg hónapok óta megváltozott; ingerlékeny, bosszús. Szokatlan időben sokat s igen mélyen alszik; éjjelenkint felijed. Gyakran panasz-

kodik nagyfokú fejfájásról, vagy járásnál, állásnál szédűl, gyakran hány a nélkül, hogy étkezési hibát követett volna el. Ha ekkor kerül a gyermek hozzánk, a mondott tüneteken kívül még az érlökést esetleg arythmiásnak és retardáltnak találjuk, a szemtüköri vizsgálat pedig az esetek túlnyomó %-ában már ekkor mutatja a jellegzetes pangásos papillát. Majd egész váratlanul általános görcsök lépnek fel, sokszor csak a test féloldalán, a mely alatt az eszmélet elvész s a görcsök után féloldali paresis vagy paralysis marad vissza. Ezen általános agyi tünetek mellett góczi tünetek is jelentkeznek, a melyek a tumornak a székhelye, kiterjedése szerint változnak. Nem lehet czélunk e könyvecskében az agynak összes előfordulható tumorait és azoknak góczi tüneteit felsorolni, ezért csak azon központok és az ezekkel járó tünetek megemlítésére szorítkozunk, a melyekben gyakrabban fordulnak elő daganatok.

A hid, Pons Varoli daganataira ugyanazon oldali facialis hűdés és ellenoldali hemiplegia; az agy-kocsány daganatára ellenoldali hemiplegia és a bántalmazott oldalon keletkezett oculomotorius hűdés jellegzetes. A belső tok (capsula interna) daganata mellett a facialis alsó ágának hűdése és a hemiplegia ugyanazon oldalon vannak; ezekhez még hemianaesthesia is csatlakozik, ha a daganat a capsula interna hátsó részére is ráterjed. Motoricus aphasia hemiplegiával a bal harmadik homlok-tekervény daganata mellett szól. A kis-agy daganataira első sorban is a tántorgó járás, a cerebellaris ataxia jellegzetes, a melyet a részeg ember járásával szoktak összehasonlítani. E mellett hiányosabb szellemi fejlődés, beszédzavar s ritkábban általános görcsök észlelhetők.

A tumor cerebrivel össze lehetne téveszteni az agytályogot, az abscessus cerebri-t. Itt is dominálnak a nagyfokú fejfájás, a kedély megváltozása, esetleg görcsök stb. Ha azonban ügyelünk az anamnesisre (absc. cerebri vagy traumák után, vagy a mi még gyakoribb, idült genyes közép füllob, sziklacsont szuvasodás mellett keletkezik), továbbá a rendszerint jelentkező rázó hidegekre, valamint a pangási papilla hiányára, akkor az esetek többségében mégis megtudjuk különböztetni az abscessus cerebrit, agy-tumortól.

II. Általános idegmegbetegedések.

Görcsök.

Vagy egyes izomcsoportokra localizálódnak, ekkor részlegesek, vagy a test egész izomzatára kiterjedhetnek: általánosak.

Részleges görcsöket találunk: 1. hangrés-görcs laryngospasmus mellett. (Erről bővebben lásd a légcső neurosisai cz. fejezetünkben.)

2. Tetania seu arthrogryposis mellett. Alapokát rachitis képezi, esetleg a bélhuzam részéről reflectorikus úton kiváltva? idéztetik elő. A kezeknek úgynevezett »őzfej« vagy »szűlész« tartásba való helyezkedése, az által, hogy az ujjak mereven kinyujtva a kézháttal derékszöget képeznek és szorosan egymáshoz tapadva tartatnak, a mely helyzetből, ha kitérítjük egyik-másik ujjat, vagy ujjakat, magukra hagyás után rögtön visszatérnek előbbi állásukba. (24. ábra.) A lábak sokszor szintén résztvesznek ezen görcsben és ekkor ezen állapot azokon mérsékelt lóláb tartásban nyilvánúl. A görcs tarthat pár

perczig, de napokig, sőt hetekig is, utóbbi esetben a kézháton, de még inkább a lábháton eléggé kifejezett collateralis oedema jelentkezik.

Ha a tetania alapokát rachitis képezi, gyakran társul hozzá laryngospasmus, továbbá facialis-phaenomen (Chvostek) vagyis, hogy a n. facialis törzsének kalapácscsal való ütögetésére élénk rángás lép fel a száj-, orr- és szemhéj izmaiban; ezen tünetek mellett még a mozgató idegek villamos ingerlékenysége növekedett, valamint az érző idegek mechanikus és villamos ingerlékenysége fokozott. Ha a fentemlített görcsös állapot szűnik, ez ismét előidézhető (latens tetania) a kar, illetve a láb idegtörzseire és nagy edényeire gyakorolt nyomással (Trousseau-féle tünet).



24. ábra. Tetania.

3. Spasmus nutans-ról már a nyak betegségeinél szó volt.

4. Arcz-ideggörcs. Tic convulsif. Clonikus. Legtöbbször egyoldali, ritkábban mindkét arczfélre kiterjedő. Villámszerű rövid rángások az összes arczizmokban.

Paroxysmusokban szeret gyakran megjelenni, a mikor a rángások rövid időközökben gyorsan követik egymást. Néha a clonikus görcs csak a szemhéj-izmokra szoritkozik mint blepharo-clonus. Az arcz ideg-görcsnek az alapokául első sorban a hysteria, esetleg neurasthenia említendő, ritkább a reflectorikus úton létrejött.

Czélszerűségből itt említjük 5. a trismus tetanus neonatorum-ot, miután a megbetegedés első időszakában csak egyes izomcsoportok vannak érintve s csak később terjed ki a görcs a többi izmokra. A tetanus-bacillus által előidézett tonikus görcs az arczizmokon kezdődik (trismus) a születés utáni első, vagy második héten. A szopás nehezített, a pofa-izmok és arcz-izmok állandó erős összehúzódása miatt a trismusban szenvedő beteg arczát a működő trombitáséval szokták összehasonlítani. Eleinte ugyan, csak érintésre váltatik ki a görcs, rohamszerűleg, majd állandosúl s különösen fokozódik, ha a gyermek szájába ujjunkat beakarjuk vezetni. A tonikus görcs aztán ráterjed a nyak, törzs és végtagizmokra is, úgy, hogy ha a csecsemőt, — dereka alá tett kezünkkel — felemeljük, vízszintesen merev marad, mint egy darab fa. Láz néha nincs, olykor 39·0—40·0^{0} C. Enyhébb esetek gyógyulhatnak.

6. Egyes izomcsoportokra vagy egyes végtagokra szorítkozó görcsöket látunk hysteria mellett, a melyek mellett az eszmélet teljesen ép.

7. Sajátszerű összrendezetlen incoordinatiós mozgásokat látunk a Vitus-táncz, chorea minor mellett, mely leginkább a 6—12-ik életévek között észlelhető. A beteg fejét, karjait, kezeit nem képes nyugodtan tartani, hanem azokkal a legkülönbözőbb mozgásokat végzi: fejét

majd jobbra, majd balra veti, vállait rángatja, kezeit majd becsukja, majd kinyitja stb. Néha erős az arcz-izmok részvétele, esetleg az alsó végtagokban is olyan izom rángások mutatkoznak, hogy a beteg nem képes állani.

Az izomrángások valamely szándékolt mozgásnál még fokozódnak, de álomban szünetelnek. Olykor az incoordinált mozgások csak a test egyik oldalára szorítkoznak (hemichorea). A chorea okát gyakran hysteria, máskor neurasthenia képezi. Agybeli folyamatokat is kísér olykor a chorea, utóbbi esetben azt tünetinek nevezhetjük. Sok esetben látjuk rheumatismus után. Ez okból, valamint a rheumatismusnál, úgy a chorea mellett is gyakori complicatió az endocarditis, mely súlyos choreával kapcsolatosan egész hirtelen is keletkezhet.

Az egész testre kiterjedő clonico-tonikus görcsöknél első sorban azt vizsgáljuk vajjon a betegnek van-e magasabb láza, vagy láztalan?

Hyperpyretikus, túlmagas láz, reflex útján görcsöket válthat ki a fiatal gyermeki szervezetben, egészen a 3—4-ik életévig. A felnőtteknél észlelhető rázóhideg valamely heveny lázas megbetegedés kezdetén, a fiatal gyermeki szervezetben gyakran, mint általános görcs, eclampsia jelentkezik. Dyspepsiánál, továbbá pneumonia crouposa, scarlatina, tonsillitis follicularis, olykor diphtheria kezdetén elég gyakoriak, ezen úgynevezett hyperpyretikus eclampsiák. Az eclampsiákat azonban csakis az említett heveny-lázas megbetegedések kezdeti stadiumában észlelhetjük; később a láz csökkenésével már nem ismétlődhetnek; ha igen, akkor valamely más ok után kell kutatnunk, mert ezek többé nem hyperpyretikus eclampsiák. A hyperpyretikus eclampsiáknál a megbetegedés termé-

szetét illetőleg sokáig nem lehetünk kétségben, mert az említett kórképek valamelyikének kifejlődése csakhamar megadja a kellő magyarázatot.

M a g a s a b b l á z n é l k ü l jelentkező eclampsiák ép úgy előjönnek a csecsemő-, mint a gyermekkorban. Az eclampsiának oka lehet: 1. reflectorikus úton keletkezett izgalom különösen csecsemőknél (constipatió, dysuria stb., mely alak általán elég ritka); gyakoribb, 2. valamely kezdődő agyi-megbetegedés (encephalitis acuta stb.), avagy régebben fennálló agyi-megbetegedés, úgy a csecsemő-, mint a gyermekkorban (agy-tumor, encephalitis, hydrocephalus); a leggyakoribb oka, 3. az angolkór, rachitis. Utóbbi mellett a 4—5-ik hónaptól a 2—3-ik évig otthonosak az eclampsiák.

Adott esetben a 3 alakot nem nehéz egymástól megkülönböztetni. Gyakoribb tévedés a hydrocephalus és rachitis között szokott előfordulni, bár a két kór-alak között nagyon szembeötlő különbségek vannak. Differentiál diagnostikus tekintetben fontosak a következő főbb momentumok: 1. hydrocephalus chron. cong. mellett a fejkőrfogat jelentékenyebben megnagyobbodott, míg rachitis mellett a fej csak megnagyobbodottnak látszik a tuber frontalék és parietalék erősebb megvastagodása miatt; 2. hydrocephalusnál az arcz és koponya közötti aránytalanság szembetűnő, míg rachitisnél az arcz és koponya nagysága között nem látszik aránytalanság; 3. hydrocephalikus fej gömbölyű, míg rachitikus fej, felülről tekintve, inkább négyszögletű; 4. hydrocephalus mellett az arczkifejezés, kisebb-nagyobb mérvben idiota-szerű, rachitikus gyermek arczkifejezése intelligens; 5. hydrocephalusnál a szemek kissé lefelé fordultak, sokszor a sclerának a

felső széle is látszik, míg rachitikusok szemtengely állása normalis; 6. míg rachitisnél az eclampsiák gyakran laryngospasmussal együtt jelentkeznek, sokszor ez vezeti be a ráng-görcsöket, addig hydrocephalus mellett a laryngospasmus hiányzik; 7. végre rachitikus gyermeknél a többi rachitikus tüneteket is megleljük, ezek: megvastagodott epiphysisek, a bordaporczoknak olvasó-szerű megduzzadása, elgörbült csöves csontok, deformált mellkas, visszamaradt fogzás, craniotabes stb., a diagnosist csak megerősítik.

A rachitikus eclampsiák a 2—3-ik életéven túl nem szoktak jelentkezni, míg a hydrocephalus mellett olykor a 6—8-ik életévekben is felléphetnek az eclampsiák.

Valamely előrement bántalom után visszamaradt agy-vérszegénység mellett is jelentkezhetnek általános rángó-görcsök. Legtöbbször látjuk ezt csecsemőknél hosszantartó hányás-hasmenés után fellépni, a mikor az általános táplálkozás erős megcsökkenése folytán a csecsemő lesorvadt, a pulsus kicsiny, szapora, hőmérsék a normális alatt van, bőr halvány, a kutacs besüppedt, az alsó végtagokon, kezeken oedemák (hydraemia) mutatkoznak, a szemhéjjak zacskósak, szóval azon állapot, a melyet acut hyprocephaloid-nak nevezünk. A görcsök gyakrabban bekövetkezhetnek, mind a mellett a gyomor-bélhurut javultával a folyamat ilyen esetekben is gyógyulással végződhet.

A magasabb láz nélküli eclampsiák közül megemlítjük továbbá az uraemia-nál észlelhető ráng-görcsöket. Olykor mérsékelt lázak kísérik, de sokszor teljes láztalan állapot közepette lépnek fel. Fejfájás, hányás, a vizeletnek a megcsökkenése olykor retardált és arythmiás pulsus

képezik az uraemiának a bevezető symptomáit. Ha tudjuk, hogy a betegnél exanthema (scarlatina) ment előre, akkor a diagnosis absolute nem okoz nehézséget, ha azonban az anamnesisből ez nem derülne ki, akkor a veselob tünetei (csökkent diuresis, vizeletben fehérnye és alakelemek, krétafehér arcz, zacskós szemhéjjak és pöffedt alsó végtagok) továbbá a rendszerint még jelenlevő hámlás (különösen a talpon és tenyéren) útba igazítanak.

A nyavalya-törés. Epilepsia major kiséretében fellépő clonico-tonikus görcsök a 4—5-ik életévek előtt alig fordulnak elő. Az aetiologiában leggyakrabban az öröklékenység mutatható ki. A rohamok gyakorisága különböző, néha naponta többször jelentkeznek, máskor hetek, hónapok alatt csak egyszer. Az epilepsiára jellegzetes a görcsökön kívül az eszmélet elvesztése, tág, fényre nem reagáló pupillák, fel- és befelé fordult szemgolyók, habzó száj, a görcsök rövid tartama, végre a roham után beálló kisebb-nagyobb mérvű stupor. Ezenkívül a beteg testén, nyelvén ütődés, harapás nyomait találjuk, a melyek a már előrement rohamok után maradtak vissza. Ezen typikus epilepsián kívül előfordul, bár ritkábban, a gyermekkorban az epilepsiának egy könnyebb faja, az úgynevezett »petit mal«, vagy epilepsia minor, melyre jellemző, hogy görcsök nincsenek, az eszmélet csak egy pillanatra vész el, a mikor is a fej és törzsnek mérsékelt megingását, vagy megrándulását vehetjük észre és a következő pillanatban már a gyermek viselkedése ismét teljesen normalis. A csak éjjel jelentkező epilepsiás rohamok (epilepsia nocturna) a gyermekkorban igen ritkán fordulnak elő. Utóbbit esetleg össze lehetne téveszteni azon görcsszerű rohamokkal, a melyek nagyobb

adenoid vegetatiók mellett az éjjeli órákban észlelhetők, és a melyek a hiányos légzés folytán a szervezetben felgyűlt szénsav által váltatnak ki, utóbbiak azonban az adenoid-vegetatiók eltávolítása után megszűnnek.

A méhszenv. Hysteria, legkönnyebben összetéveszthető epilepsiával. A serdülő korban észlelhető leggyakrabban, különösen leányoknál. A hysteriás görcsök lehetnek tonikusak vagy clonikusak, vagy clonico-tonikusak. A hysteriára hajlamos gyermekeknél rendszerint erős kedélyhullámzás (nagy öröm, harag) előzi meg a rohamot, mely után ugyancsak hirtelen lépnek fel a görcsök vagy az egész testen, vagy csak egyes végtagokon. De míg epilepsiánál az eszmélet azonnal elvész, hysteriánál az eszmélet ép, vagy csak kevéssé zavart, a betegek vigyázva esnek el (nem úgy, mint epilepsiánál a betegek eszméletlenül összerogynak, innen a sok ütődési folt; hysteriásnál azonban ütődési foltot nem találunk), a pupillák nem tágultak, reagálnak, a szemek elforgatva nincsenek, csak mereven tekintenek; e mellett a rohamok, a mely alatt a betegek sokszor hangosan kiabálnak, sokáig tartanak (néha órákig) s naponta sokszor ismétlődhetnek.

Igen jellemző továbbá a hysteriás görcsökre, hogy felszólításra, vagy valamely manipulatióra (pl. patellaris-in ütögetése kalapácscsal) könnyen kiválthatók. A felsorolt tünetekből már többnyire helyesen következtetünk hysteriára, kétes esetekben az egyéb hysteriás tünetek csak megkönnyítik a diagnosist.

Végre megemlítjük még a praemortalis, úgynevezett terminalis görcsöket, a melyek a mors előtt néhány percz, olykor pár órával lépnek fel, valamint a meningitis basilaris. tbc. utolsó szakában jelentkező convulsiokat,

a melyek annyiban birnak jelentőséggel, hogy 24—48 órával előbb jelzik a beálló exitust.

Fejfájás. Cephalalgia. Nagyobb gyermekek direkt jelzik a fejfájást, míg csecsemőknél a magas láz mellett észlelhető felsikoltásokból, de még inkább a fejhez való kapkodásból sejthetjük. Legtöbbször mint kisérő tünet fordul elő a legkülönbözőbb heveny lázas megbetegedéseknél (scarlatina, morbilli, tonsillit follicul. cat. ventriculi, pneumonia stb.), mindezen esetekben a láznak a csökkenésével a fejfájás is szűnik.

Uraemia kezdeti szakában a hányással együtt a fejfájást is bevezető tünetnek tartjuk. Adott esetekben a lázas megbetegedésnek csakhamar jelentkező symptomái, uraemiánál pedig a lefolyt scarlatina még észlelhető vagy a veselob tünetei kellőkép eligazítanak. Láztalan állapot mellett jelentkező, úgynevezett habitualis fejfájás, bár emésztési zavaroknál is észlelhető, gyakrabban észlelhető azonban egyéb okokból.

Így a szellemi túlerőltetés, hypermetropia, anaemia első sorban, továbbá különösen a reggeli órákban, a felkelés után naponta jelentkező fejfájások gyanút kelthetnek az orr-garatüregben székelő adenoid vegetatiók iránt (digital vizsgálat).

A periodice fellépő fejfájásnál kutassunk malaria larvata után.

A neurasthenia, valamint a hysteriá-nál is gyakori panasz a fejfájás. Előbbire a nyomott kedély, a könnyű ingerlékenység, már a reggeli órákban jelentkező gyors kifáradás, a kinyújtott ujjaknak fibrillaris remegése, étvágytalanság, (székrekedés gyakran) fokozott inreflexek, nem csökkent intelligentia jellegzetesek.

A hysteriás fejfájásoknál sokszor a fejbőr igen érzékeny (hyperaesthesia) a legcsekélyebb érintésnél erős fejfájásokról panaszkodik a beteg, e mellett a figyelem elvonásával csökken, sőt teljesen hirtelen meg is szűnik a fejfájás és ez igen jellegzetes a hysteriás főfájásra. A többi hysteriás tünetek, ép eszmélet mellett jelentkező görcsök, hűdések s különösen anaesthetikus helyek felfedezése a köztakarón, felvételünket csak megerősítik.

Agy-daganatoknak majdnem rendes kísérő tünetét képezi a fejfájás, mely sokszor igen heves s hosszantartó (napokon keresztül) szokott lenni. A fájdalmak minden hevesebb mozgásnál, köhögésnél, trüsszentésnél fokozódnak. Jellegző ezen fejfájásra, hogy sem suggestio útján, sem pedig a rendes antipyretikumokkal nem csökkenthető. Sokszor a fejfájásos roham tetőpontján erős makacs hányás fogja el a beteget, a nélkül, hogy utána javulás állana be, a mint ezt nervosus fejfájásoknál tapasztaljuk. Ilyen hosszantartó főfájások s a többi tünetek melletti positiv szemfenék vizsgálat (pangási papilla) a tumor cerebri diagnosisát csaknem kétségtelenné teszi. Negativ szemfenék vizsgálat esetén vagy esetleg kis tumort kell supponálnunk, ha különösen még diffus agyi tünetek is vannak, esetleg ha rázó hidegek is mutatkoznak, agytályogra gondolhatunk (lásd fentebb).

Egyik legfontosabb tünetét képezi a fejfájás gümőkóros agyhártya-gyulladásnak, meningitis. bas. tbc. A meningitis tbc. aetiologiájában többnyire kimutathatjuk a családi terheltséget. Úgy a csecsemő, mint a serdültebb gyermekkorban gyakori. A legkezdetibb symptomákat a kedélynek a megváltozása (a gyermek vonakodik a játéktól), étvágytalanság, nyugtalan alvás,

éjjeli felsikoltások, fogcsikorgatások képezik (utóbbiak valószinüleg a fejfájások által vannak feltételezve). Majd hirtelen erős fejfájás lép fel, a melyet nagyobb gyermekek különösen a homlok tájékra localizálnak (csecsemők a fejükhöz kapdosnak), olykor már ilyenkor deliriumok is észlelhetők; a fejfájáshoz csakhamar csatlakozik székrekedés, hányás; utóbbi igen makacs a betegnek minden mozdulatára (felülésnél stb.) ismét előáll. A hányás, mely minden erőlködés nélkül hirtelen következik be, napokig tarthat, megkönnyebbülést nem okoz, sőt az öklöndöző mozgások csak növelik a fejfájást. Már ezen említett symptomák: a gyakori hányás után sem szünetelő fejfájás, nem bevont nyelv mellett, gyanut keltenek meningitis bas. tbc. fejlődése iránt.

Ugyanekkor már egyéb szervekben is vehetünk észre elváltozásokat, így sajátságos s igen fontos symptoma a szemeknek merev tekintete, mely minden esetben fellelhető, tágult s renyhén reagáló pupillákkal, olykor pupillaris differentiával. Másrészről a pulsusban is olyan eltéréseket vehetünk észre, a melyeket szintén cardinalis symptomák gyanánt tekinthetünk. Az érlökést ugyanis arythmiásnak találjuk, e mellett késik is az érlökés, retardált. Nem ritkaság a 72—64 érlökés perczenkint 6—8 éves gyermekeknél, sőt észleltünk a »Stefánia« gyermekkórházban 52—56 érlökést is perczenkint, bas. meningitis mellett.

Az arczszínnek a gyors változása a hirtelen kipirulás, utána következő elsápadással, valamint a köztakarónak a vasmotorikus jelenségei, Trousseau-féle tünet, — különösen, ha tartósan jelentkeznek a veres csíkok — a korai symptomák közé tartoznak; utóbbit Bókay tanár fontosnak tartja. Majd a sensoriumban is fontos változások

észlelhetők, bár e tekintetben már kezdettől fogva észlelhetünk bizonyos mérvű levertséget, apathiát (a gyermek nem húzódozik az idegen orvostól, holott ez azelőtt szokása volt), a mely később rövidebb-hosszabb ideig tartó soporba megy át, úgy, hogy a gyermek csak a hozzászólásra serken fel, rendszerint mély felsóhajtások kíséretében, hogy aztán csakhamar visszasülyedjen előbbeni apathiájába. A betegségnek még későbbi stadiumában a soport a teljes öntudatlanság váltja fel. Körülbelül akkor, a midőn az intensiv fejfájások fellépnek, a tarkótájon is mérsékelt fájdalom jelentkezik, a melyet különösen akkor észlelhetünk, ha a beteg fejét előrehajlítjuk; a tarkótáji fájdalmak később még fokozódnak annyira, hogy a beteg tarkótáját mereven tartja, sőt kissé retrovertáltan. Minden passiv mozgatás igen nagy fájdalmakat vált ki, ezért, hogy a fájdalmat enyhítse a beteg (felszabaduljon a párna nyomásától) előszeretettel fekszik valamelyik oldalára, miközben alsó végtagjait is erősen felhúzza, ezen úgynevezett »vadász-kutya« fekvést is a bas. meningitis egyik symptomájának tekinthetjük. A mint fentebb emlitettük, a folyamatot makacs constipatió szokta kísérni, nem ritkaság, hogy a beteg 5—6 napon keresztül nem székel s mégis azt látjuk, hogy a has a betegség előhaladtával mindinkább behúzódik, annyira, hogy a végső stadiumban már egész teknőszerűleg besüppedt. (25. ábra.) Fontos a hőmérseklet, a mennyiben lázak rendszerint nincsenek, vagy csak mérsékeltek; 37·8—38·4° C.-on felül az első időszakban nem szoktak emelkedni, ritka esetekben azonban magasabbra, egész 39·0° C.-ig is emelkedhetnek. Épen azon körülmény, hogy subfebril vagy mérsékelt lázak mellett nagyfokú fejfájások kínozzák a beteget, a melyek-

hez esetleg deliriumok is csatlakoztak, igen fontos támpontot képez arra, hogy bennünk a meningitis bas. tbc. lehetőségének a gyanuját már igen korán felkeltsék.

Ha az elősorolt tünetekhez még hozzáveszszük a szülőknek azon panaszát, hogy a gyermek betegsége kezdetétől fogva »szemmel láthatólag« soványodik (különösen a mell és felkarok), ezzel vázlatosan megrajzoltuk a gyermekkorban előforduló meningitis bas. tbc.-nak a kezdeti képét (a csecsemők meningitisét, miután az egy-

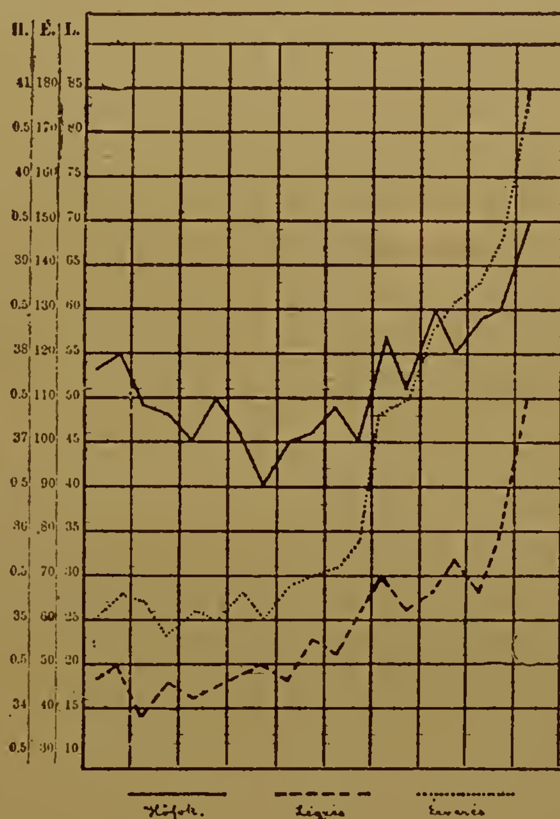


25. ábra. Meningitis bas. tbc. (Teknőszerűleg besüppedt has.)

némely dologban eltér a gyermekkori meningitistől, czélszerűségi szempontból is az »emésztési szervek betegsége« czimű fejezetünkben tárgyaljuk).

A további lefolyás alatt (a második héten) az apathia még szembetűnőbbé válik, táplálkozás igen csökken, vizelet retentió állhat be; némely esetben hangosan, fájdalmasan kiáltoz a beteg, a tarkómerevség kifejezettebbé válik, a has mindinkább behúzódik, soványodás halad előre. Majd a második hét végén, a harmadik hét elején kifejlődnek a hűdési tünetek (stad. depressionis).

Először is a pulsus szökik fel hirtelen a retardáltságból annyira, hogy egy perczre 160—200 érverés esik, a hőmérsék felemelkedik s vagy állandóan 39·6—40·0° C. között ingadozik, vagy pedig intermittaló typust vesz fel (a post mortalis temperaturát nem ritkán 41, sőt 42° C.-nak is találtuk már). (26. ábra.) A szemizmok hűdése többnyire strabismus convergens-sel gyakori jelenség, sokszor a test valamelyik oldalának a hűdését is látjuk, a légzés ugyancsak szaporább lesz, majd C h e y n e - S t o k e s-féle jelleget ölt s ilyen állapotban érik a beteget az általános görcsök, — ámbár egyes izmokban már a második hét elején jelentkezhetnek clonikus rángások, valamint a végtagokban tremor — s a görcsök fellépte után a beteg 24–48 óra mulva mortual. Vannak ugyan rövidebb tartamú, de vannak protrahalódó esetek is, mégis azt mondhatjuk, hogy a betegség átlagos tartama mintegy 2—3 hét.



26. ábra.
Jellegzetes hőfok, légzés és érverés görbe, meningitis bas. tbc.-nál.

Ha a meningitis bas. tbc. a vázolt keretben folyik le, könnyű a diagnosis, vannak azonban esetek, midőn az egyes tünetek ettől eltérnek, pl. magasabb lázak jelentkeznek, vagy hiányzanak a kezdeti erős fejfájások, vagy a hányás nem nagyon makacs s csak eleinte jelentkezik

csekély hányinger, a pulsus még nem arythmikus stb. Ilyen esetekben a meningitis bas. tbc. az első időszakban különösen három kórképpel téveszthető össze: 1. heveny gyomorhuruttal, cat. ventriculi ac. és 2. a hasi hagymázzal, typhus abdominalis és 3. a pneumonia crouposa centralissal.

A cat. ventriculi némely esetében hiányzik a magas láz, ellenben a tünetek emlékeztetnek a meningit. bas. tbc.-ra, a mennyiben a gyermek kedvetlen, étvágytalan, hány, fejfájásról panaszkodik, constipál, hőmérsék 38—38·5° C. között ingadozik, ezenkívül még pulsus arythmiát is találhatunk, s ilyen állapotban napokon keresztűl megmaradhat. Ilyen esetben a következőkre kell ügyelnünk: bevont nyelv, foetor ex ore (ha cariosus fogak nincsenek), cat. ventriculi mellett szólnak; ugyancsak cat. ventriculi mellett értékesíthető, ha felböfögések jelentkeznek, ha hányás után a beteg könnyebben érzi magát, ha a sclerák icterikus színeződést mutatnak, ha herpes labialist észlelünk (utóbbi meningit. bas. tbc. mellett, majdnem sohasem szokott előfordulni), ha a gyomor-táj nyomásra érzékeny. E mellett ügyeljünk arra is, vajjon nem követett-e el a gyermek súlyosabb étrendi hibát s végre, hogy az alkalmazott megfelelő laxans után a tünetek szűnnek-e?

A typhus abdominalis első időszakában ugyancsak beállhat nagyfokú apathia, deliriumok (a melyekkel még nincsenek arányban a lázak), constipatió (gyermekkori typhusnál gyakori), míg a typhusnak a cardinalis symptomái még nem jelentkeztek. A bizonytalanság azonban rövid idő alatt eloszlik, ha tekintetbe veszszük, hogy a typhus abd.-nál a láz jellegzetes, folytonos emelkedést mutat, míg mening. bas. tbc. mellett láz nincs, vagy csak

nagyon mérsékelt, továbbá a typhus abd. kezdeti stad.-ban hányás majdnem sohasem észlelhető, valamint a tartós, erős fejfájások is hiányzanak, míg meningit. kezdeti szakában a makacs hányás és a nagyfokú tartós fejfájások jellegzetesek. Az esetleges typhus-járványt sem szabad számításon kívül hagyni.

A későbbi szakban, a mint egyfelől a typhusnak egyéb tünetei (jellegzetes lázgörbe, roseolák, megnagyobbodott lép, puffadt has, száraz, bevont nyelv, esetleg borsólé-szerű székletétek, fuliginosus ajkak stb.) kifejlődnek, másrészről a meningitis bas. tbc. jellegzetes tünetei is mindinkább előtérbe lépnek, a két kór-alaknak az összetévesztése alig lehetséges.

Ha azonban még mindig kétes volna a diagnosisunk rendelkezésünkre áll a Vidal-féle kémlés.

Az ujj hegyét tűvel megszúrjuk s vért bocsátunk a kihevítés után lehült hajszálcsőbe. Majd beforrasztjuk s centrifugáljuk a hajszálcsövet, melyben a vérlepény alul gyűl össze, a tiszta savó pedig fölül marad. E vérsavónak egy részét steril bouillon 15-ször annyi részével tiszta tárgylemezen jól elkeverjük s a keveréknek és 24 órás typhus bouillon culturának egyenlő mennyiségéből függő cseppet készítünk. Ily 30-szoros higításnál az agglutinatio 1/2 óra alatt létrejön. Már a typhus megbetegedés 2-ik hetétől kezdve kapjuk ezen kémlést, a mely ha positiv, kétségtelenül typhus abd. mellett s meningit. bas. tbc. ellen bizonyít. (A diazo-kémlés nem megbízható, miután az úgy tbc., mint morbilli, de egyéb lázas bántalmak mellett is kapható, azért azt nem tekinthetjük bizonyitó értékűnek.)

A centralis jellegű pneumonia crouposa, különösen olyan esetekben jöhet szóba s adhat okot a meningitis bas. tbc.-val való összetévesztésre, a midőn az agyi tünetekkel jár (deliriumok, fejhez való kapdosás, retrovertált fejtartás, eclampsiák stb.), s a pneumoniának a centralis fekvése miatt a tüdőlelet negativ. Mindezen tünetek azon-

ban a tüdőlob kifejlődésével (tompa kop. hang, hörgi légzés) alábbhagynak, addig is a következőkre ügyeljünk: hirtelen megbetegedés, folytonos magas láz 40·0° C. reggel, este még magasabb, orrszárnyi, nyögő, szapora légvét, mérsékelt ajk cyanosis, valamint száraz, fájdalmas köhögés pneumonia mellett szól, ezen tünetek meningitis mellett általában nem fordulnak elő; igen fontos továbbá, ha az említett tünetekkel kapcsolatban herpes labialist is találunk, ekkor egész nyugodtan kizárhatjuk a meningitist s nem fogunk csalódni, ha pneumonia crouposát veszünk fel. Foglaljuk táblázatba a typikus meningit. bas. tbc. és a vele legkönnyebben összetéveszthető kórképek főbb tüneteit:

	Mening. bas. tbc.	Cat. ventricul. ac.	Typhus abd.	Pneumonia croup. centr.
Oka	Tbc. bacillusok	Étrendi hiba	Typhus bacill.	Fraenkel f. pneumococcusok
Anamnesis	Tbc.-us terheltség, napok v. hetek óta soványodás, kedvetlenség	Napok óta étvágytalanság, aluszékonyság	Ügyeljünk typhus járványra, esetleg typhosus vidékre	A megbetegedés kezdetéig teljesen egészséges volt
Kezdet	Lappangó	Elég rapide	Lappangó	Hirtelen
Fejfájás	Nagyfokú, különösen a homlok, később a tarkótájon	Mérsékelt	Mérsékelt	Kezdetben elég erős
Szemek	Merev tekintet, esetleg pupillaris differentia	Sclerákon csekély sárgás színeződés	—	Élénken csillogók
Ajkak	—	Gyakran herpes	Pörkösek	Olykor herpes.

	Mening. bas. tbc.	Cat. ventricul. ac.	Typhus abd.	Pneumonia croup. centr.
Nyelv	Tiszta, nedves	Bevont, foetor ex ore	Bevont száraz, szélein és csúcsán tiszta	Kissé bevont, foetor ex ore.
Ütérlökés	Arythmiás, retardált, később igen szapora	A láznak megfelelő, olykor arythmiás	A lázzal arányban szaporodott	Szapora, telt, collapsusnál kicsiny
Légzés	Eleinte mély felsóhajtások, a végszakban Cheyne-Stokes jellegü	—	—	Dyspnoetikus, orrszárnyi nyögő felületes, köhögés száraz
Láz	37·8–38·5° C. körül, később magas	Olykor 39·5–40·0, máskor subfebrilis	Folytonosan emelkedő, lytikus leszállás	Folytonos magas, critikus leesés
Hányás	Néha csak 1—2-szer, néha napokon át, különösen felülésnél stb.	Olykor egy, olykor több napon át	Nincs	Kezdetben lehet
Székletét	Constipatió	Rendszerint constipatio, máskor bűzös, higas székletétek	Borsólészerű, nap. 3—5-ször vagy constipatió	Nem jellegzetes
Has	Már kezdetben behuzódott, később teknőszerű alakot mutat	Kissé puffadt	Mérs. meteorismus, kissé érzékeny, ileocoecalis korgás	Nem jellegzetes

	Mening. bas. tbc.	Cat. ventricul. ac.	Typhus abd.	Pneumonia croup. centr.
Sensorium	Kezdetben apathia, később sopor, majd öntudatlanság	Szabad, vagy mérs. apathia	Eleinte szabad, az acmen esetleg deliriumok	Már kezdetben deliriumok, vagy csak sopor
Egyéb tünetek	Vasomotorikus tünetek, nagyfokú soványodás, tarkómerevség, vadászkutya fekvés, fogcsikorgatás, hűdések	Felböfögések, érzékeny gyomortáj	Megnagyobbodott lép, roseolák a hason és mellkas alsó részén, jellegzetes lázgörbe, hörghurut, positiv Vidal-féle kémlés, esetleg decubitusok	Oldalszúrások, tüdőlelet: (tompulat, hörgi légzés)
Tartam	2—3 hét	3—7 nap	3—4 hét	5—9 nap
Kimenet	Mors	Gyógyulás, vagy chronikussá válik	Gyógyulás, vagy mors: bél perforatió v. genyes peritonit, v. bélvérzés, v. tüdő affectio miatt	Gyógyulás, vagy mors, esetleg izzadmány képződik v. pn. interstitialis, v. abscessus fejlődik
Következmény	—	Olykor kis fokú neurasthenia	Esetleg anaemia, neurasthenia, néha nehéz hallás vagy mérs. szellemi zavar	—

A járványos agy — gerinczagy-hártyalob — meningitis cerebro-spinalis epidemica typikus alakját a bas. meningitissel alig fogjuk összetéveszteni, ha a következő tünetekre ügyelünk: 1. a cerebrospinal meningitis járványszerüleg szokott fellépni; 2. olykor erősebb coryza után, olykor minden előjel nélkül, magas láz (40·0—41·0° C.), hányás, convulsiok kiséretében lép fel hirtelen a betegség, mely tünetek után somnolentia vagy soporosus állapot következik be, vagy nagyfokú nyugtalanság.

3. A betegség kezdetén nagyfokú nyak- és tarkótáji fájdalmat panaszol a beteg, a mely még fokozódik, ha ujjunkkal a tarkó, illetve a gerincz-oszlopra nyomást gyakorolunk (néha a gerincz-oszlop mentén mérsékelt pirosságot is láthatunk).

A retrovertált fejtartás a következő napokban még fokozódik, annyira, hogy a beteg háton feküdni absolute képtelen: oldalt fekszik tehát, erősen hátraszegzett fejjel; 4. igen jellegzetes a már korán észlelhető nagyfokú hyperaesthesiája az egész köztakarónak, a mely meningitis bas. tbc.-nál nem szokott előfordulni; 5. A betegséget elég gyakran kíséri herpes labialis, mely bas. meningitis mellett sohasem jön elő; végre 6. a Quincke-féle lumbal-punctio is igen értékes diagnostikus eszköz a kétféle meningitis diagnosisánál, a mennyiben cerebrospinalis meningitis esetén a kapott folyadék igen zavaros s benne a Weichselbaum-Jäger-féle meningococcusokat (diplococcus intracellularis) lelhetjük fel, míg a meningitis bas. tbc.-nál kapott spinalis folyadék tiszta s benne esetleg tbc. bacillusokat találhatunk.

A Quincke-féle lumbal-punctiót egy, ezen czélra szolgáló 6–8 cm. hosszú, 2–3 mm. széles, szúr-csappal a következőképen végezzük: a gyermeket oldalt fektetjük s segéd által úgy rögzíttetjük a far és nyakszirt tájat, hogy a gerincz-oszlop ívet képezzen. Most egy egyenest húzunk a csípő-taréj legmagasabb pontjától a gerincz-oszlopra, a mely helyen ezen egyenes metszi a gerincz-oszlopot, ott végezzük a beszúrást, a kellő tisztasági cauteláк mellett. Ezen hely körülbelől a III. IV-ik ágyék-csigolyák közötti résznek felel meg. A tűt a gerincz-oszlopra merőlegesen szúrjuk, körülbelül 2–3 cm.-re, nagyobb gyermekeknél esetleg mélyebbre. Ekkor eltávolítjuk a mandrint és a cerebro-spinalis folyadék az esethez képest lassan csepeg, vagy sugárban ömlik.

A nyert folyadékot 5 cm³-enkint kisebb kémcsövekbe elosztjuk s álló helyzetben 24 órára hűvös helyre félre teszszük. A bennök képződő pókhálószerű üledéket aztán 10—15 fedőlemezre a lehető legfinomabban szétterítjük. Festés tbc. bacillusokra carbol-fuchsinnal, utánfestés Löffler-féle methylen-kékkel. Ily módon úgy a genysejtek, mint a tbc. bacillusok és diplococcus intracellularek is megfestődnek.

Az említett cardinalis symptomákon kívül, még a meningitis cerebro-spinalis-epidem. további befolyása alatt ismétlődhetnek egyes izomrángások, sőt convulsiók is, az eszmélet az egész lefolyás alatt lehet zavart, de lehet egészen tiszta is. Szaggató, kisugárzó fájdalmak jelentkezhetnek a végtagokban, ízületekben; a lép rendszerint megnagyobbodott, ezenkívül az arcz és egyéb izmokban hűdések is mutatkozhatnak (ptosis, strabismus stb.). A betegség hetekig tarthat, javulási, majd ismét súlyosabb tünetekkel. Súlyos esetekben néhány nap alatt beállhat a mors, míg gyógyulással végződőknél a kezdeti súlyos tünetek, láz stb. fokozatosan szűnnek s az előbb említett ingadozások után a folyamat, sokszor bizonyos utóbajok hátrahagyásával (süketség, paralysisek a végtagokban, hydrocephalus stb.) gyógyulással végződik.

Végre megemlítjük a genyes agyhártya-gyulladás-t, meningitis purulenta, melynél az elő-idéző ok többnyire a szomszédságban van, a honnan a lobosodás az agyhártyára tovább terjed. Erősebb genyedés a fejen, erysipelas, s különösen pedig genyedő középfüllob képezik a legtöbbször az okát a genyes agyhártya-lob fejlődésének. Tüneteit hirtelen beállott nagyfokú fejfájás, hányás, magas láz, retardált s arythmiás pulsus, tarkómerevség, behúzódott has, gyakran convulsiok is képezik, csakhogy a lefolyása sokkal gyorsabb, mint meningitis bas.-nál láttuk, a mennyiben a betegség egy hét letelte alatt többnyire halálosan végződik. Kétes esetekben az előidéző ok után kell szorgosan kutatnunk s azt valamely az agyhoz közelfekvő genyedő folyamatban rendszerint fel is leljük.

TARTALOM-JEGYZÉK.

ÁLTALÁNOS RÉSZ.

Oldal

Bevezető 3
A gyermek megvizsgálása 4
Testalkat, habitus 11
A gyermekbetegségek általános tünettana 18
A sírás 21
Ütérlökés, légzés 24
Hang, köhögés 27
Járás 30

RÉSZLETES RÉSZ.

A köztakarón előforduló elváltozások . . . 35

I. A heveny fertőzésen alapuló bőrelváltozások 35
A vörheny 35
Kanyaró 41
Rózsás kiütés 45
Variola 47
Variolois 48
Varicella 49
Vaccina 50

II. Nem heveny fertőzésen alapuló bőrelváltozások 50
a) A bőrnek pirosságával járó megbetegedések 50
Erythemák 50
Intertrigo 51
Urticaria 51

Oldal

Erythema exsudat. multiforme 51
Erythema nodosum 51
Furunculosis 52
Phlegmone 52
Erysipelas 52
b) Pörkképződéssel járó bőrbajok 53
Eczema acutum 53
Impetigo és Ecthyma 54
Impetigo contagiosa 54
Favus 55
Scabies 56
c) Göbcsésedéssel járó bőrbántalmak 56
Lichen ruber planus 56
Lichen scrophulosorum 56
Lichen strophulus 57
Prurigo 57
Molluscum contagiosum 58
Milium 58
Verrucca 58
Condylomata acuminata 58
Lupus vulgaris 59
d) Pigment lerakódással járó bőrbántalmak 60
Morbilli utáni pigmentfoltok 60
Pityriasis versicolor 60
Urticaria pigmentosa 60
Xeroderma pigmentosum 61
e) Hólyagképződéssel járó bőrbántalmak 61
Pemphigus 61
Pemphigus acutus neonat. 62
Pemphigus syphilitikus 62
Herpes 62
Herpes tonsurans 63
Herpes tonsur. maculosus et squammosus 63
f) Nagyfokú hámlással járó bőrbajok 64
Ichthyosis congenita 64
Ichthyosis simplex 64
Pityriasis tabescentium 65
Dermatitis exfoliativa neonatorum 65
Erythema neonat. physiolog. 66
Lues hereditaria 66
Psoriasis vulgaris 67
g) A bőr keményedésével és oedemájával járó elváltozások 68
Sclerema 68

Oldal

Sclerodermia 68
Hydraemia 69
h) Apró vérkiömlésekkel járó bőrbántalmak 69
Purpura simplex 69
Purpura rheumatica 69
Morbus macul. Werlhofii 69
Scorbut 69
Haemophilia 69
Barlow-féle kór 70
Purpura cachectikorum 70

III. A normalis bőrszíntől eltérő színnel járó bőrbetegségek . 70
Anaemia simplex 71
Anaemia splenica infantum 71
Anaemia pseudo-leucaemica infant. 72
Leucaemia 72
Anaemia perniciosa progress. 73
Icterus neonatorum 73
Icterus septica 73
Icterus catarrhalis 74
Cyanosis 74
Addison-kór 74

A fejen előforduló elváltozások 75
Microcephalia 75
Macrocephalia 75
Craniotabes 75
Cephalhaematoma 76
Caput succedaneum 77
Encephalocele 77
Hydromeningocele 78
Rhachischisis 78
Tumor sacralis 79

A nyak betegségei 79
Hygroma cyst. colli cong. 79
Haematoma sterno-cleido mastoidei 79
Lymphadenitis ac. idiop. 80
Lymphoma colli 80
Parotitis epidemica 81
Febris ganglionaris Pfeifferii 81
Torticollis 81
Abscessus et lymphadenit. retropharyngealis 82

Oldal

Spondylitis cervicalis 82
Spasmus nutans 83
Megszokásból eredt torticollisok 84

A légzőszervek bántalmai 84

I. A felső légútak betegségei 84
Coryza 84
Coryza acuta 84
Coryza luetica 84
Coryza diphtheritica 84
Aspiratio linguae 85
Rhinitis acuta 85
Rhinitis chronica 85
Rhinitis hypertrophica 86
Rhinitis atrophica 86
Idegen test az orrban 86
Epistaxis 87
Vegetationes adenoideae 87
Laryngitis catarrhalis 90
Laryngitis subglottica 90
Pseudocroup 90
Laryngitis crouposa 91
Aspiratio corp. peregrini 93
Oedema glottidis 94
Veleszületett légcső-szűkület 96
Decubitus intubatio után 96
Laryngostenosis chron. luetica 96
Papilloma multipl. laryngis 97
Perichondritis laryngis 97
Megnagyobbodott thymus 99
Laryngitis chron. 99
Struma 99
Hyperplasia gland. peribronch. 99
Mediastinalis tumorok 101
A légcső neurosisai 102
Spasmus glottidis 102
Glottishűdés 103

II. A mély légútak betegségei 104
Bronchitis catarrhalis 105
Influenza 106
Bronchiolitis 106

Oldal

Bronchitis crouposa 107
Tuberculosis miliaris acuta 108
Oedema pulmonum 109
Pertussis 109

Kopogtatási eltéréssel járó tüdőbántalmak 111
a) Tompa kopogtatást adó tüdőbántalmak 112
Atelektasis pulmonum 112
Pneumonia crouposa 113
Pneumonia centralis 114
Pneum. chron. 115
Pneum. cerebralis 116
Pneum. migrans 116
Pneum. intermittens 116
Pneum. catarrhalis 116
Pneum. hypostatica 118
Tuberculosis pulmonum 118
Gangraena pulmonum 119
Actinomycosis pulmon. 121
Mediastinalis tumorok 121
b) Resistens tompulatot adó mellűri bántalmak 122
Exsudatum pleuriticum 122
Empyema thoracis 122
Pleuritis sicca 124
Hydrothorax 125
Echinococcus pleurae 125
c) Dobos kopogtatási hangot adó mellűri bántalmak . . 127
Pneumothorax 127
Emphysema pulmonum 127
Ectasia pulmon. 127

A szív és szívhártyák betegségei 130
Veleszületett szívbaj 130
Eudocarditis ulcerosa 133
Pericarditis 133
Hydropericardium 134
Dextrocardia 135
Situs transvers. viscer. 135

Az emésztő szervek bántalmai 135
a) A száj és torokűr betegségei 135
Labium leporinum 135
Palatum fissum 135

	Oldal
Macrostoma	135
Microstoma	135
Concretio oris	135
Macroglossia	135
Fogak áttörése	137
Lingua geographica	138
Anchyloglosson	139
Ulcus sublinguale	139
Fibroma sublingu.	139
Subglossitis	140
Ranula	140
Stomatitis cat.	140
Soor	141
Stomatitis morbill. et scarlatinosa	142
Stomat. aphthosa	143
Stomat. ulcerosa	144
Stomat. mercurialis	145
Aphthae Bednari	145
Angina catarrhalis	147
Pharyngitis chron.	147
Tonsillitis follicularis et confluens	148
Tonsill. lacunaris	148
Pharyngitis aphthosa	149
Intoxicatio c. lixiva caust.	149
Diphtheria faucium	150
Pseudo-diphtheria	153
Pharyngitis herpetica	154
Száj luetikus elváltozásai	155
Angina necrotica scarlatinosa	155
Hypertrophia tonsillarum	157
Tonsillitis phlegmonosa	157
Abscessus retropharyngealis idiop	157
Abscess. retropharyng. congest.	158
Dysphagia	160
Paralysis veli palati	160
Bulbaer paralysis progress.	160
Pseudobulbär paralysis	160
Strictura oesophagi	160
Deglutitio corp. peregrini	162
Oesophagus görcs	162
b) A csecsemők gyomorbélhuzam betegségei	162
Dyspepsia	163
Cat. intestinalis ac. és Cat. gastrointest. ac.	164

Oldal
Cat. intest. crassi acut. Enteritis follicul. 164
Enteritis tuberculosa. Dysenteria 165
Cholera infantum 166
Helminthiasis 173
c) Székrekedéssel, részint makacs hányással is járó gyomor-bélbajok 175
Atresia ani et recti 175
Habitualis constipatio 175
Intussusceptio s. Invaginatio 176
Strictura recti. Typhlitis stercoral. 177
Dilatatio coli cong. 177
Kizárt lágyéksérv 178
Fissura ani 179
Peritonitis acuta 179
Volvulus. Diverticulum Meckelii 180
Melaena neonatorum 181
Melaena spuria 182
Polypus recti. Haemorrhoidalis csomók 183
Prolapsus ani 183
d) Hasi szervek betegségei 184
Peritonitis chron. tbc. et chron. serosa 186
Hydrops universalis 190
Echinococcus hepatis. Sarcoma hepatis 191
Degeneratio gland. mesenter. caseosa 193
Degener. sarcomat. gland. retroperiton. 193
Perityphlitis 194
Psoitis 195
Ren migrans 196
e) A máj betegségei 197
Abscessus hepatis 198
Hepatitis interstit chron. Cirrhosis hypertroph. 198
Icterus catarrhalis 199
f) A lép betegségei 200
Febris intermittens et F. interm. larvata 201
Febris recurrens 202
Typhus abdominalis 202
Typhus exanthematikus 205

A köldök betegségei 205
Ulcus umbilici. Omphalitis 206
Gangraena umbilici. Fungus umbili 206
Enteroteratoma 207
Arteriitis et phlebitis umbilicalis 207

Oldal

Omphalorrhagia 210
Buhl-féle betegség. Winckel-féle betegség 211

Fejlődési rendellenességek a köldökön . 212
Omphalocele cong. et aquisita 212
Diverticulum Meckelii 212
Prolapsus intestinorum. Fistula Urachi 213

A húgy-ivarszervek betegségei 214
a) A külső nemi szervek bántalmai 214
Adhaesio cellularis introit. vaginae 214
Adhaesio cellularis preputii ad glandem 214
Epispadiasis. Hypospadiasis 215
Phimosis cong. Diverticulum urethrae cong. 215
Vulvitis catarrh. et gonorrhoica 216
Vulvitis aphthosa, ulcerosa 216
Vulvitis diphtheritica, gangraenosa 217
Ulcus orificii urethrae ext. Balanoposthitis 217
Paraphimosis 218
Cystitis. Calculus urethralis. Lithiasis 219
Enuresis nocturua et diurna 119
Incontinentia urinae. Ectopia vesicae urinar. 221
b) A herezacskó és lágyék-csatorna bántalmai 221
Oedema scroti. Orchitis caseosa 222
Hydrocele vaginalis. Hernia scrotalis 222
Hydrocele funiculi sperm. communicans 223
c) A vesék betegségei 224
Nephritis parenchymat. ac. 224
Diabetes mellitus et insipidus 226
Haematuria 226
Nephrolithiasis 227
Sarcoma et carcinoma renum 228
Haemoglobinuria 228
Albuminuria 229
Pyelitis. Tbc. renum 230

Az idegrendszer megbetegedései 230

I. Organikus megbetegedések 231
a) Környi idegmegbetegedések (Monoplegiák) 232
Paralysis plexus brachialis 232
Paralys. nervi facialis 233
Paralys. veli palati 234

	Oldal
b) A gerinczagy betegségei (Paraplegiák)	236
1. Laza gerinczagyi hűdések	236
Poliomyelitis ant. ac.	236
Neuritis multiplex	237
Myelitis. Astasia. Abasia	239
Dystrophia muscul. progressiva	239
Ataxia hereditaria Friedreich	241
2. Görcsös hűdéssel járó gerinczagy-betegségek	242
Paralysis spinalis spast. idiop.	242
Sclerosis multiplex	243
Malum Pottii	244
c) Az agy betegségei (Hemiplegiák)	245
Hemipleg. cerebr. infantilis	245
Poliencephalitis ac. Strümpell	245
Diplegia spastica infantilis	246
Tumor cerebri	248
Abscessus cerebri	250
II. Általános idegmegbetegedések	250
Tetania s. Arthrogryposis	250
Tic convulsif	251
Trismus tetanus neonatorum	252
Chorea minor	252
Epilepsia	256
Hysteria	257
Cephalalgia	258
Habitualis főfájás	258
Neurasthenia	258
Meningitis bas. tbc.	258
Mening. cerebro spinalis epidem.	269
Mening. purulenta	271

TÁRGYMUTATÓ.

	Oldal
Abasia	239
Abscessus cerebri	250
« hepatis	198
« retropharyng. .	82
« « cong. .	158
« « idiopath.	157
Actinomycosis pulm. . . .	121
Addison-kór	74
Adhaesio cell. intr. vag. .	214
« « praeputii .	214
Agydaganatok 160,	248
Agytályog	250
Álcroup	90
Álhártyás gégelob	91
Anaemia	71
« pernic. progr. .	73
« pseudoleucäm. .	72
« splenica	71
Anchyloglosson	139
Angina cat.	147
Angina necr. scarl. . . .	155
Angolkór	17
Anuria 224,	226
Aphthae Bednari	125
Arczkifejezés	20
Arteriitis umbilic.	207
Arthrogryposis	250
Ascaris lumbricoid . . .	173
Aspiratio corp. alieni . .	93
« lingue	85
Astasia	239
Asthma bronchiale . . .	27
Ataxia heredit. Friedreich .	241
Atelektasia pulm.	112
Atresia ani	175
« recti	175
Atrophia	12
Balanoposthitis	217
Barlow-kór	70
Bárányhimlő	49
Bélférgek	173
Bélperforatio	200
Bőrfarkas	59
Bőr szine általában . . .	20
Bronchiolitis	106
Bronchitis cat.	105
« crouposa . . .	107
Bronchopneumonia . . .	116
Buhl-f. betegség . . 70, 74,	211
Bujakór	66
Cahexia malarica	73
Calculus urethr.	219
Caput medusae	190
« obstipum 80,	81
« succedaneum . . .	77
Cat. gastrointest. ac. . . .	164
« intestinal. ac. . . .	164
« intestini crassi ac. .	164
Cephalalgia	258
Cephalhämatoma	76
Cheyne-Stokes-f. légzés 26,	263
Cholera infantum	166
Chorea laryngis	30
« minor	252
Chvostek-féle tünet . . .	251
Cirrhoris hepatis . 74, 198,	200
Cirrhoris hypertroph. hep. 74, 198,	200
Clamor cephal.	22
Concretio oris	135
Condyloma acumin. . . .	58
Constipatio	175
« habitualis . .	175
Coprostasis	177
Corpus alien. in oesoph.	162
Coryza	84
« acuta	84
« diphtheritica . . .	84

	Oldal
Coryza luetica	84
Coxitis	23, 196
Craniotabes	75
Cretinismus	14
Cyanosis	74
Cystitis	219
Csalánkiütés	51
Debilitas congenita . . .	11
Decubitus intub. után . .	96
Degeneratio cas. gl. mesent.	193
« sarcom. gland. retroperitoneal.	193
Dermatitis exfoliat. . . .	65
Dextrocardia	135
Diabetes insipidus	226
« mellitus	226
Dilatatio coli cong. . . .	177
Diphtheria fancium . . .	150
« « sept. .	152
Diplegia spast. inf. . . .	246
Diverticulum Meckelii	180, 212
Diverticulum urethrae cong.	215
Dongaláb	30
Dysenteria	165
Dyspepisa	163
Dysphagia	160
Dystrophia musc. progr. .	239
Dystrophia musc. progr. c. pseudohypertr.	239
Dysuria	220
Echinococcus hepatis . .	191
« pleurae	122, 125
Eczema acutum	53
« vesiculos.	49
Ectasia pulmon.	127
Ecthyma	54
Ectopia vesicae urin. . .	221
Elhájasodás	14
Emphysema pulm. . . .	127
Empyema thoracis . .	115, 122
Enanthema	41

	Oldal
Encephalocele	77
Endocarditis	39
« ulcer.	133
Enteralgia	22
Enteritis choleriform. . .	43
« follicularis . . .	164
« tuberculosa . . .	165
Enteroteratoma	207
Enuresis	220
Epilepsia	256
Epispadiasis	215
Epistaxis	87
Erb-f. izomsorvadás . . .	241
Erysipelas	52
Erythema	50
« caloricum . . .	40
« exsudat. multif. .	51
« neonator	40
« nodosum . . .	51
« papulosum . . .	44
« physiolog. . .	40, 66
« punctiforme . .	40
Favus	55
Febris ganglion. Pfeiferi .	81
Febris intermittens larv. .	201
« recurrens	202
Fehérnyevizelés	229
Fejfájás	258
Fibroma sublinguale . . .	139
Fissura ani	179
Fistula urachi	213
Fogak áttörése	137
Friedreich-féle ataxia .	31, 241
Fungus umbil.	207
Furunculosis	52
Fültőmirigylob	81
Gangraena pulm.	119
« umbil.	206
Genyes agyhártyalob . .	271
Gerinczvelőlob	239
Glottishűdés	103
Golyva	99
Görcsök	250

Oldal
Görvélykór 15
Gümőkóros agyhártyalob . 259
Gyermek megvizsgálása . 4
Gyógyszeres kiütés . . . 41
Gyomorbélhurut, heveny . 164

Habitus 11
Haematoma sternocleidom. 79
Haematuria 226
Haemoglobinuria 228
Haemophilia 69
Haemorrhoid. csomók . . 183
Haladó izomsorvadás . . 239
Hang 27
Hangrésgörcs 102, 250
Has, behúzódott 184
« megnagyobbodott . 185
Hasdaganatok 190
Hasi hagymáz 202
Helminthiasis 173
Hemiplegia 245
« cerebr. inf. . . 245
Hernia inguin. 223
« scrotalis 222
« umbilic. 212
Herpes 62
« maculosus 63
« squammosus . . . 63
« tonsurans 63
Himlő 47
Hólyagkő 228
Hökhurut 109
Hörghurut 105
Húgycsőkő 219
Hurutos tüdőlob 116
Hűdések 231
Hydraemia 69
Hydrocephal. chron. cong. 247
Hydrocele funic. sperm. . 223
« vaginalis . . . 222
Hydromeningocele . . . 78
Hydronephronis 192
Hydropericardium 134
Hydrops univers. 190

Oldal
Hydrothorax 122, 125
Hygroma cyst. colli cong. 79
Hyperplasia gl. peribronch. 29, 99
Hypertrophia thymi . . . 99
« tonsillar. . 157
Hypospadiasis 215
Hysteria 162, 252, 257

Ichthyosis cong. 64
Icterus catarrh. 74, 199
« neonator. 73
« septic. 73
Idegen test a bárzsingban 162
« « a gégében . 93
« « az orrban . . 86
Idegrendszer betegségei . 230
Impetigo contagiosa . . . 54
Incontinentia urinae . . . 221
Influenza 106
Intertrigo 51
Intoxicatio c. lixiva caust. 149
Intussusceptio 176
Invaginatio 176
« chronica . . 197

Járás 30
Járványos agy- s gerincz-
agyhártyalob 269

Kanyaró 41
« szövődményei . 43
Kizárt sérv 178
Koplik-féle tünet . . . 41, 142
Köhögés 27
Köldöksérv 212
Köldökvérzés 210
Kryptorchismus 223

Labium leporinum 135
Laryngitis cat. acuta . . . 90
« subglottica . . 90
« chronica . . 96, 99
« crouposa . . . 91
« chron. luetica . 96

Oldal
Laryngospasmus . . 102, 250
Légcső neurosisai 102
Légzés 24
« dyspnoëtikus . . 26
« nyögő 26
« orrszárnyi 26
« stenotikus 26
« szuszogó 26
Lép betegségei 200
Lépduzzanat 201
« idült 205
Leucaemia 72
Lichen ruber planus . . . 56
« scrophulosor. . . . 56
« strophulus 57
Lingua geographica . . . 138
Lithiasis vesicae 228
Little-féle kór 246
Lúdláb 30
Lues hereditaria 66
Lupus vulgaris 59
Luxtio coxae cong. . . . 30
Lymphadenitis 39
« acuta . . . 80
Lymphoma colli 80

Macskanyelv 37, 138
Macrocephalia 247
« -glossia 135
« -stoma 135
Malum Pottii 244
Meckel-féle diverticulum . 212
Mediastinalis tumorok 99, 101, 121
Melaena neonat. 181
« spuria 182
Meningitis basil. tbc. . . 259
« cerebrospin. epid. 269
« purulenta . . . 271
Meteorismus 200
Méhszenv 257
Microcephalia 75, 249
Microstoma 135
Milium 58
Molluscum contag. . . . 58

Oldal
Monoplegiák 232
Morbilli 41
» haemorrhagici . . 43
» papulosi 43
» szövődményei . . 43
» vesiculosi 43
Morbus macul. Werlhofii 69, 182
Myelitis 239

Nephritis 39
» parenchym. ac. . 224
Neurasthenia 181
Neuritis multiplex 237
Noma 144
Nyelvféki fekély . . . 139

Obesitas 14
Oedema cutis 69
» glottidis 94
» pulmonum . . . 109
» scroti 222
Oesophagus-görcs 162
Oliguria 224
Omphalitis 206
Omphalocele acqu. . . . 212
» cong. . . . 222
Omphalorrhagia 210
Orbáncz 52
Orchitis caseosa 222
Orrvérzés 87
Otitis media 22, 39, 172
Oxyuris vermicul. 173
Ozaena 86

Palatum fissum 135
Papilloma laryngis . . . 97
Paralysis bulbaris 160
» post diphth. . . . 28, 234
» nervi facial. 233
» plex. brachial. . . . 232
» spinalis inf. 236
» » spast. idiop. 242
» veli palati . . . 160, 234
Paraphimosis 218

Oldal
Paraplegiák 236
Parotitis epidem. 81
Pavor nocturnus 23
Peliosis rheumat. 69
Pemphigus 61
» acut. 62
» syphilit. . . . 62
» vulgaris . . . 50
Pericarditis 133
Perichondritis laryng. . . 97
Peritonitis acuta 179
» chron. serosa . 186
» » tbc. . . 186
Perityphlîtis 177, 194
Peroneus-hűdés 31
Pertussis 29, 109
Pes planus 30
» varus 30
Petit mal 256
Pharyngitis aphth. 149
» chron. 147
» herpetica . . 154
Phimosis cong. 215
Phlebitis umbilic. 207
Phlegmone 39, 52
Pikkelysömör 67
Pityriasis tabesc. 65
» versicolor . . . 60
Pleuritis exsudat. . . . 115, 122
» sicca 124
Pneumonia cat. 43, 116
» centralis 114, 115
» cerebralis . . 116
» chronica . . . 115
» crouposa . . 113
» hypostatica . 118
» intermittens . 116
» migrans . . . 116
Pneumothorax 127
Polioencephalit. ac. . . . 246
Poliomyelitis ant. ac. . . 236
Polypus recti 183
Polyuria 224
Pott-féle betegség 244

Oldal
Prolapsus ani 183
» intestinor. . . . 213
Prurigo mitis 57
Pseudobulbär paralysis . 160
Pseudocroup 29, 90
Pseudodiphtheria 153
Psoitis 195
Psoriasis vulg. 67
Purpura cahectikor. . . . 70
» haemorrhag. . . 69
» simplex 69
Pyelitis 230

Quincke-féle lumbalpunctio 269

Rachischisis 78
Rachitis 17
» foetalis 12
Ranula 140
Ren migrans 196
Rekeszhűdés 27
Rhinitis acuta 85
» atrophica 86
» chronica 85
» hypertroph. . . . 86
» ulcerosa 86
Roncsoló toroklob 150
Rostonyás tüdőlob 113
Rózsás kiütés 45
Rubeola 45
Rüh 56

Sarcoma hepatis 191
Scabies 56
Scarlatina 35
» haemorrh. . . . 38
» miliaris 38
» variegata . . . 38
Sclerema 68
Sclerodermia 68
Sclerosis cerebro-spinalis multiplex 243
Scorbut 69
Scrophulosis 15

Oldal
Sírás 21
Situs transvers. viscer. 135, 200
Soor 141
Sorvadás 12
Spasmus glottidis 102
» nutans 83, 251
» sphinct. vesic. . . 220
Spondylitis 23
» cervical. . . 82, 158
Stomatitis aphthosa . . . 143
» catarrh. . . . 140
» mercurial. . . 145
» morbillosa . . 142
» scarlatinosa . 142
» ulcerosa . . . 144
Strictura oesophagi . . . 160
» recti 177
Struma 99
Subglossitis 140
Synovitis scarlat. 40
Szamárköhögés 109
Székelés, fájdalmas . . . 24

Taenia mediocanell. . . . 173
» solium 173
Testalkat 11
Tetania 250
Tic convulsif 251
Tonsillitis follicul. 148
» lacunaris . . . 148
» phlegmon. . . 157
Trismus-Tetanus neonat. . 252
Trousseau-féle tünet . . . 251
Tuberculin-reactio 189
Tuberculosis miliar. ac. . 108
» pulmon. . . 118
» renum . . . 230
Tumor cerebri 248
» sacralis 79
Tüdőgümőkór 118
Typhlitis stercor. 177
Typhus abdomin. . . . 202
» exanthem. . . 205

Oldal
Ulcus orificci ext. urethr. . 217
» sublinguale 139
» umbilici 206
Urethritis catarrh. 216
Urticaria 51
» pigmentosa . . 60
Ütérlökés 24

Vaccina 50
Vakbélkörüli lob 194
Varicella 49
Variola modificata 48
» vera 44, 47
Variolois 48
Vastagbélhurut 164
Vándorvese 196
Vegetationes adenoideae . 87
Vékonybélhurut 164
Veleszületett gyengeség . 11
» légcsőszűkület 96
» szívbaj . . . 130
Verruca 58
Vese álképletei 191
» daganatai 228
Vesekő 228
Vérhas 165
Vidal-féle kémlés 265
Vitium cordis cong. . . . 130
Vitus-tánc 252
Vizelés, fájdalmas 23
Vizelet, megszaporodott . 226
Vizsérv 222
Volvulus 180
Vörheny 35
Vulvitis aphthosa 216
» catarrh. 216
» diphtherit. 216
» gangraenosa . . . 216
» gonorrhoica . . . 216
» ulcerosa 216

Werlhof-féle kór . . . 69, 182
Winckel-féle kór 70, 74, 211
Xeroderma pigment. . . 61

